

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Коррекция произносительной стороны речи у дошкольников с
ринолалией в послеоперационный период**

Выпускная квалификационная работа
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа «Логопедия»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
логопедии и клиники дизонтогенеза
к.п.н., профессор И. А. Филатова

дата

подпись

Исполнитель:
Архипова Наталья
Николаевна
обучающийся ЛОГ-1701z группы
заочного отделения

подпись

Научный руководитель:
Обухова Нина Владимировна
к.п.н., доцент

подпись

Екатеринбург 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИЕЙ.....	8
1.1. Становление произносительной стороны речи в норме.....	8
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ринолалией.....	19
1.3. Характеристика произносительной стороны речи дошкольников с открытой ринолалией и особенности логопедической работы с ними.....	22
Выводы по главе 1.....	26
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С РИНОЛАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.....	28
2.1. Организация и методика изучения произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период.....	28
2.2. Результаты изучения произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период.....	31
Выводы по главе 2.....	48
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.....	51
3.1. Теоретическое обоснование, организация и принципы логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи.....	51
3.2. Содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи.....	56
3.3. Организация и результаты контрольного эксперимента.....	74
Выводы по главе 3.....	78

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	79
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	88
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	90
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	96
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	122

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы заключается в следующем: категория детей, имеющих открытую ринолалию, в настоящее время остается малоизученной и, несмотря на появление достаточного количества работ, посвященных этому нарушению, всестороннему изучению процессов развития речи у данной категории детей уделяется недостаточное внимание; выраженные пороки развития детей с открытой ринолалией приводят к изменению их физического и эмоционального пространства существования, искажению их естественного ритма развития и, соответственно, к затруднению полноценного социального контакта с окружающим миром, что ведет к возникновению вторичных отклонений психо-эмоционального развития и, как следствие, к социальной дезадаптации, требующей в свою очередь поиска эффективных средств соответствующей психолого-педагогической помощи и коррекции.

Ребенок с хорошей речью легко вступает в общение с окружающими, и наоборот, неясная речь весьма затрудняет межличностные отношения, главным образом, со сверстниками, а зачастую накладывает тяжелый отпечаток на личностные качества ребенка. Дискомфорт, испытываемый ребенком, усиливается в детском саду, но еще острее встает вопрос о чистоте речи с приходом ребенка в школу. В школе недостатки речи могут вызвать неуспеваемость. С первого дня пребывания в школе ребенку приходится широко пользоваться речью: отвечать в присутствии всего класса, задавать вопросы, читать вслух и все недостатки речи обнаруживаются сразу.

Хорошо развитый фонематический слух является одним из важных условий воспитания правильной речи. Изначально ребенок начинает говорить благодаря тому, что слышит речь окружающих, но даже при сохранном физическом слухе, у детей встречается нарушение звукопроизношения. Одна из причин – это нарушение фонематического слуха.

Фонематический слух - это способность воспринимать на слух и точно

дифференцировать все звуки речи, особенно близкие по звучанию. Нарушение фонематического слуха зачастую мешает успешному овладению письмом. Проявления дисграфии чаще всего встречаются в виде стойких, типичных и повторяющихся ошибок, которые сами по себе не исчезают. Но, если к началу обучения грамоте ребенок достаточно успешно пользуется устной речью, правильно произносит большинство звуков, то проблем со звуковым анализом не возникает, из чего становится очевидным, что у вышеупомянутой категории детей коррекционная работа по преодолению фонетического недоразвития должна быть тесно связана с развитием фонематических процессов.

Объект исследования: произносительная сторона речи дошкольников с открытой ринолалией.

Предмет исследования: процесс формирования произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Цель исследования: разработать, теоретически обосновать и опробировать содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Цель и предмет исследования позволили сформулировать его **гипотезу**: предполагается, что коррекционная работа по преодолению ФФНР у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период будет более эффективной, если она учитывает:

- клиническую структуру дефекта;
- структуру речевого дефекта;
- механизмы, вызывающие ФФНР.

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены его **задачи**:

- проанализировать теоретическую и методическую литературу по данной проблеме,
- провести и проанализировать данные констатирующего эксперимента,

- на основе анализа теоретической и методической литературы, а также данных констатирующего эксперимента разработать содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Теоретико-методологической основой работы являются следующие научные подходы и теории, разработанные российскими учеными, в том числе в специальной педагогике, отражающие мультидисциплинарный характер данной работы:

- теория о единстве развития детского организма в норме и с отклонениями, о функциональной связи между двигательным компонентом речевой функции и общедвигательной системой организма (В. М. Бехтерев, Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Н. И. Красногорский, Н. А. Бернштейн, М. М. Кольцова);
- системный подход в решении реабилитационных задач (А.Р. Лурия, Л.С. Выготский, Р. Е. Левина, Н. В. Обухова, Е. Е. Васильева, В. В. Коркунов и др.);
- теория диагностики и комплексной технологии воспитывающего, развивающего и коррекционного обучения детей в играх-занятиях (Л.С. Выготский, Л. А. Абрамян, В. В. Давыдов, Д. Б. Эльконин, З. А. Репина и др.);
- теория развития языка и речи (Н. И. Жинкий, В. П. Бельтюков, Н. Х. Швачкин, А. Н. Гвоздев, Р. Е. Левина и др.).

Элементы научной новизны:

- научно обоснована целесообразность использования комплексного подхода при коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией;
- доказана тесная взаимосвязь нарушения произносительной стороны речи и фонематических процессов при открытой ринолалии;

- разработаны методы коррекции произносительной стороны речи дошкольников с открытой ринолалией с учетом структуры речевого дефекта и в тесной взаимосвязи с развитием фонематических процессов;

Практическая значимость: разработанное и экспериментально апробированное содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период позволит логопедам повысить эффективность традиционной методики.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИЕЙ

1.1. Становление произносительной стороны речи в норме

Речь человека не является врожденной способностью, это результат онтогенеза, который развивается параллельно с умственными и физическими процессами и является показателем общего развития [53]. Ребенок осваивает родной язык по строгой схеме, которая имеет целый ряд черт, общих для всех детей. А. Н. Гвоздев [20] отмечал, что для понимания патологии речи, необходимо знать речевое развитие детей в норме, закономерности данного процесса, а также условия его успешного протекания.

Все механизмы речи формируются очень рано, благодаря генетически заложенной способности к развитию языка. Ряд ученых (А. Р. Лурия [38], Н. И. Жинкин [27], Л. С. Выготский [19] и др.) указывали на то, что эта способность формируется при наличии трех групп условий:

- физиологические (сохранность слухового, зрительного и речедвигательного анализаторов);
- социальные (пребывание в языковой среде);
- психологические (сохранность высших психических функций).

Под произносительной стороной речи понимается *просодические компоненты, звукопроизношение, фонематические процессы*.

Составляющие **просодических компонентов речи** (или просодии) [3]:

- темпо-ритмическая организация речи – скорость, с которой воспроизводятся элементы речи (звуки, слоги, слова), а также звуковая организация речи посредством чередования ударных и безударных слогов;

- мелодико-интонационная выразительность включает в себя интонацию и логическое ударение и является главной составляющей эмоциональной окраски речи;
- голос – непосредственно звук, который образуется под давлением выдыхаемого воздуха при колебании голосовых связок в гортани и главными его качествами являются сила, высота и тембр.

В своих исследованиях Н. И. Жинкин [26] поясняет, что просодия это – «гармония гласных», «ассимиляция», «диссимиляция», благозвучие, «универсальное средство актуализации звучащей речи», самый высокий уровень развития языка, поскольку просодическое оформление речи состоит из ряда показателей: психофизиологических, ситуационных, мотивационных и экстралингвистических. Именно эти компоненты и являются определяющими в характерологической картине просодической стороны речи в целом.

Без просодии невозможно эмоционально-выразительное оформление устной речи, и ее развитие, как и развитие речи в целом, протекает по определенным законам, которые определяют последовательность развития просодической стороны речи.

Первый крик ребенка - это психофизиологический зародыш будущей речи, отражающий внутреннее психическое состояние. Крик здорового новорожденного громкий, протяжный, имеет короткий вдохом и удлинённый выдох, он является первой интонацией показателем состояния ребенка. Крики младенцев всегда разные, нет двух детей, которые бы кричали одинаково.

К **двум месяцам** крик ребенка приобретает интонацию, становится более модулированным. В это же время берет начало формирование функции общения ребенка с окружающими.

В **три-четыре месяца** у ребенка отмечаются вокализации, которые по своей природе спонтанны и возникают, когда ребенок бодрствует и чувствует себя благополучно. Вокализации не имеют смысловой нагрузки, но в них содержится интонация, как правило радостная, посредством которой ребенок привлекает внимание к себе и вступает в коммуникацию с взрослым. В этот

же период ребенок начинает дифференцировать интонации взрослого, проявлять соответствующие реакции на них, а также повторять те интонации, которые наиболее часто используются взрослым. Вокализации постепенно переходят в гуление.

К **шести месяцам** ребенок полноценно пользуется эмоциональной окраской речи. В этот период завершается гуление и начинается лепет. Бессвязный речевой поток, который характерен для гуления, начинает раскладываться на слоги. Таким образом, начинается формирование ритма речи, успешное овладение которым в дальнейшем выражается в слоговой структуре слова. Стоит отметить, что ритмическая организация речевых высказываний ребенка напрямую связана с возникновением у него потребности в различных ритмичных движениях на данном временном этапе.

В период **восемь месяцев** активно продолжает развиваться интонация и ритм речи. В общении с взрослым ребенок всегда пользуется ярко выраженной интонацией, отражающей определенную эмоцию. Со временем лепет приобретает новые характеристики: длительность, громкость, тональность. Е. Ф. Архипова [3] считает, что это начало развития логического ударения.

К концу **первого года** жизни, когда в арсенале ребенка уже имеются первые слова, начинается овладение просодическими компонентами. В этом возрасте ребенок пользуется интонацией сознательно, хотя ему пока еще трудно контролировать высоту, темп, громкость голоса. Наиболее легко ему дается ударение на первый слог в двухсложных высказываниях. С освоением ребенком ритмической структуры слова, происходит ускорение темпа его высказываний. Чуть позже ребенок начинает пользоваться понижением интонации, а еще через время способен с помощью вопросительной интонации задать вопрос.

В **два года** ребенок с освоением фразовой речи, осваивает паузы, повторения частей или целых слов, совершенствуется ритм дыхания,

просодический диапазон расширяется. В этот период ребенок осваивает перечисления, которое является базой для формирования связи предложений.

В **четыре года** речь ребенка приобретает мелодичность, схожую с речью взрослого. Ребенок может пользоваться шепотом, исчезает беглость, паузы и повторы, появляется темп речи. Интонация осваивается по подражанию взрослому.

К периоду **старшего дошкольного возраста** ребенок правильно произносит как, ударные, так безударные слоги, но пока не способен их дифференцировать. Навык дифференциации формируется интуитивно, и со временем становится базой для понимания логического ударения в предложении.

Таким образом, в онтогенезе просодические компоненты начинают формироваться значительно раньше, чем устная речь.

Звукопроизношение напрямую связано с **фонематическими процессами**, поскольку второе является основой для формирования первого.

В период от **двух до четырех** месяцев у ребенка появляется комплекс оживления, элементом которого является гуление. Гуление - это певучее произнесение цепочек гласных звуков, близких к [а], [у], [ы], часто в сочетании с согласными [г] и [м]. По мнению А. Н. Гвоздева [20], гуление – это важный этап доречевого периода развития. Ребенок начинает гулить в ответ на улыбку или разговор взрослого, произнося гласные длительно с различной интонацией, которой он будет пользоваться на протяжении всей жизни. В это же время новорожденный начинает приравнивать свой артикуляционный аппарат к тому или иному укладу. Это происходит в момент, когда мама, успокаивая ребенка, вокализует, а он, глядя на нее, начинает осваивать артикуляцию. Расцвет гуления приходится на период от четырех до шести месяцев жизни. По данным А. Н. Гвоздева [20] крайне негативно влияет на развитие ребенка недостаточность именно эмоционально-положительного контакта со взрослым, особенно нарушение взаимосвязи матери с ребенком. Он также отмечает, что возраст от двух до семи месяцев

является критическим. Поэтому положительные материнские эмоции в этот период нужны ребенку для его полноценного развития, как еда и воздух. Начиная с гуления, ребенок учится управлять телесной моторикой.

Следующий этап развития приходится на период от **пяти до семи** месяцев жизни. В это время ребенок объединяет отдельные артикуляции в линейную последовательность под контролем слуха (ма, ба, па, да, на), т. е. появляется лепет, также формируется слог и развиваются кинестезии. Роль слуха при этом весьма велика, поскольку ребенок, прислушиваясь к своему произношению, старается повторить серию слогов, произносимых им самим (ма-ма-ма, ба-ба-ба, па-па-па, да-да-да, на-на-на), начинает развиваться фонетический слух. Так, например, при врожденной глухоте у ребенка будет отмечаться постепенное угасание гуления, а потом и полное его отсутствие. В этот период ребенок начинает хорошо улавливать интонацию взрослого и реагировать на нее. Он улыбается, если взрослый говорит ласково, и плачет, если взрослый говорит строго. Ребенок не понимает смысла обращенной к нему речи, но точно реагирует на интонацию. Общение между ребенком и взрослым строится на эмоциональной основе. По мнению Р. И. Лалаевой [32] это и есть первые уроки родного языка. Также она подчеркивает, что все дети, независимо от национальности, лепечут одинаково, и только позднее они начинают говорить на родном языке.

В **восемь-девять** месяцев у ребенка начинает интонировать, произносимые им линейные последовательности слогов приобретают ритм, начинает формироваться слоговая структура слова. Кроме отдельных звуков и звукосочетаний, появляются первые лепетные слова. Обычно они состоят из двух одинаковых слогов: мама, папа, баба, дядя. Считается, что эта стадия наиболее важна для развития речи ребенка, т. к. в этот период он наиболее чувствителен к интуитивному усвоению родного языка. Данный этап можно назвать одним из сензитивных периодов для развития речи.

В **десять-одиннадцать** месяцев у ребенка наблюдается феномен младенческого пения, идет активное эмоциональное общение.

В **одиннадцать-двенадцать** месяцев ребенок способен произносить цепи слогов с разными гласными (па-по-пу-пы, ми-мэ-ма-мо, бо-бы-бу-ба).

К началу **первого года** ребенок повторяет за взрослым слова «мама», «папа», «баба». Появляется индикативная функция речи (указательный жест). Ребенок поворачивает голову к любимой игрушке и указывает на нее рукой. Также появляется предметно-отнесенная речь - умение узнавать в словах предметы. Как только ребенок стал соотносить слово с предметом, у него начинает бурно развиваться фонематический слух, благодаря которому он к двум годам на слух правильно дифференцирует все звуки речи. Словарь состоит из девяти-двенадцати, а иногда и большего количества коротких слов (кис, му, ав, ам и др.).

Около **полутора-двух** лет ребенок начинает говорить отдельными короткими фразами (мама, дай или мама, ди), требует от родителей называть все, на чем останавливается его взгляд. В дальнейшем указательный жест заменяется вопросом: «Что это? А как это называется?». А. Н. Гвоздев [20] полагал, что этому занятию стоит уделить столько времени, сколько хочет ребенок, это тоже уроки языка. В этот же период ребенок произносит свое первое настоящее слово, что можно считать началом осознанного пользования речью.

В **два с половиной года** у ребенка начинается период словотворчества, на какое-то время он становится гениальным лингвистом. По данным А. Н. Гвоздева [20] к этому времени активный словарь уже насчитывает примерно двести пятьдесят-триста слов, а к **трем** годам он быстро увеличивается и достигает от восьмисот до тысячи слов, ребенок начинает слышать и выделять морфемы. Формируется фразовая речь, которая становится полноценным средством общения. Также на этом этапе сформированы все основные грамматические категории. К концу третьего года жизни ребенок может правильно произносить большинство звуков родного языка, в его речи еще нет шипящих звуков [ш, ж, ч, щ] и звуков [р, рь] и [л]. Это является допустимой физиологической нормой для этого возраста и не является речевым

нарушением. В данном возрасте уже можно заметить неправильное формирование отдельных звуков, например, межзубное произношение свистящих [с, съ, з, зь, ц], заднеязычное произношение звука [р]. Часто в этом возрасте у ребенка еще недостаточно натренированы мышцы кончика языка и звук [р] получается горловой (из-за смыкания задней части языка и мягкого неба). Этот звук искаженный и в дальнейшем достаточно трудно поддается коррекции.

А. Н. Гвоздев [20] считал, что отсутствующие в произношении звуки в процессе развития речи замещаются другими звуками, которые есть в распоряжении ребенка. Поэтому изучение смены “звуков-заместителей” имеет большое значение. Согласные, как писал М. Е. Хватцев [56], дифференцируются постепенно через переходные звуки. Так, например, [с] переходит в [ш] через стадии: [с] - [сь] — [ш]. Дети при переходе к правильному произношению звуков, используют их в нужных и ненужных случаях, заменяя ими даже те звуки, которые сами были заменителями.

К **четырем** годам дети пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте - простое распространенное предложение («Я одела куклу в красивое платье»; «Я стану большим сильным дядей»). В четыре года ребенок дифференцирует абсолютно все звуки, т.е. у него сформировано фонематическое восприятие, именно благодаря фонетическому восприятию ребенок приравнивает органы артикуляции к нужному звучанию фонемы.

В **пять** лет ребенок относительно свободно пользуется структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений. К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения и ребенок говорит совсем чисто, исключения составляют звуки [р] и [рь]. Активный словарь увеличивается до трех тысяч слов, фраза удлиняется и усложняется. Начиная с этого возраста, высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее и большее количество предложений.

К **семи** годам ребенок правильно произносит все звуки родного языка, имеет достаточно богатый словарный запас и практически овладевает грамматически правильной речью.

Как отмечает Л. Н. Ефименкова [25], ребенок за весь период дошкольного детства практически овладевает речью, т.к. у ребенка происходит не просто механическое накопление словаря, копирование взрослой речи и запоминание набора речевых штампов, а постижение и усвоение законов родного языка.

Фонематическими процессами называют фонематический слух и фонематическое восприятие. Фонематический слух – это способностью человека различать звуки речи, близкие по способу и месту образования. Фонематическое восприятие – это умственные действия по звуковому анализу. Фонематические процессы начинают формироваться с рождения.

Новорожденный рано начинает различать звуки человеческого голоса и отвечать на этот раздражитель. В шесть месяцев ребенок эхоталочно способен произносить отдельные фонемы, слоги, а к двум годам ребенок начинает различать слова - паронимы, отличающиеся одной фонемой. Так же ребенок в этом возрасте на слух способен определить неверное произнесение какого-либо звука, даже если этот звук сам ребенок не может произнести правильно. К этому периоду заканчивается формирование фонематического слуха и начинает формироваться фонематическое восприятие. По мнению А. Н. Гвоздева [20], В. И. Бельтюкова [7], Н. Х. Швачкина[61], Г. М. Ляминой [39], по окончании формирования фонематического слуха ребенку необходимо развитие более высоких форм, при которых он имел бы возможность делить слово на звуки, составляющие данное слово, а также устанавливать порядок этих звуков, иными словами производить анализ звуковой структуры слова. Звуковой анализ может быть как простым, так и сложным. Простой анализ заключается в выделение звука на фоне слова (появляется у детей с четырех-пяти лет), выделение гласного, стоящего в начале слова и находящегося в ударной позиции, на фоне слова (появляется у детей с пяти лет). Простой

анализ появляется у нормотипичного ребенка в дошкольном возрасте спонтанно. Более сложный анализ означает вычленение первого и последнего звука из слова, а также определение места звука (начало, середина или конец слова). Самая сложная форма анализа — определение последовательности звуков в слове, их количества, места по отношению к другим звукам. Таким анализом ребенок овладевает по достижению шестилетнего возраста и только благодаря специальному обучению.

Н. Х. Швачкин [61] процесс восприятия речи делит на две стадии:

- дофонемная (от рождения до одного года);
- фонемная (после года).

Дофонемная стадия характеризуется тем, что ребенок не различает фонем и звуко-слогового состава слова. На этом этапе звуковой комплекс ребенка имеет несколько значений. В этот период семантическую нагрузку несет не фонема, а интонация, ритм, общий звуковой рисунок слова.

На **фонемной** стадии ребенок начинает различать и выделять фонемы. По Н. Х. Швачкину [61], различение звуков, происходит в определенной последовательности:

первоначально ребенок различает наиболее грубо противопоставленные звуки - гласные и согласные, но внутри этих групп наблюдается широкая генерализация: согласные еще вовсе не различаются, а среди гласных выделяется наиболее фонетически мощный и легко артикулируемый звук [а], ему противопоставляются все остальные гласные звуки, между собой также не дифференцируемые;

далее происходит дифференциация «внутри» гласных - [и]-[у], [э]-[о], [и]-[о], [э]-[у];

позже остальных он начинает различать высокочастотные гласные [и]-[э], низкочастотные звуки [у]-[о];

труднее воспринимается звук [ы];

затем формируются оппозиции «внутри» согласных: определение наличия или отсутствия согласного звука в слове как широко обобщенного звука, последующее различение сонорных - шумных;

твердых - мягких;

взрывных - фрикативных;

глухих - звонких;

свистящих - шипящих.

Группы звуков, которые постепенно усваивает ребенок, Н. Х. Швачкин [61] определил в двенадцать фонематических рядов.

Первый ряд включает в себя два этапа:

- первый этап: различение гласных и согласных звуков, а также выделение наиболее легко артикулируемого гласного [а]. Поскольку гласные звуки в речи взрослого встречаются чаще и они более напевные, их ребенок усваивает лучше, о чем говорилось выше.

- второй этап: дифференциация остальных гласных звуков.

Второй ряд предполагает способность ребенка отметить наличие или отсутствие согласного звука в слове (например, лук и ук).

Третий ряд предполагает способность ребенка различать сонорные и не сонорные звуки. Из общего потока речи ребенок выделяет группу сонорных звуков, но пока не дифференцирует звуки внутри этой группы. Выделение группы сонорных звуков объясняется их схожестью в вокализации с гласными звуками. С этого момента фонематическое развитие приобретает немного иной характер. Если раньше слух занимал главное место в определении процесса фонематического развития, то теперь на первое место выходит артикуляция. Ребенок, овладевший теми или иными звуками способен различить их быстрее, чем ребенок, который еще не овладел данными звуками, и различает эти звуки в первую очередь. Звуки, которыми ребенок пока не овладел, различаются позже.

Четвертый ряд наступает после дифференциации ребенком сонорных и не сонорных звуков. На этом этапе ребенок способен выделять твердые и мягкие

согласные звуки. Н. Х. Швачкин [61] считает, что различение твердых и мягких согласных характеризуется двумя причинами:

1. В русском языке обозначение твердости и мягкости имеет семантическое значение.
2. В русском языке часто чередуются твердые и мягкие согласные. На каждые два твердых согласных встречается один мягкий.

Пятый ряд характеризуется способностью различать сонорные звуки. Все соноры ребенок разделяет на три группы: назальные, плавные и йотированные. В группе назальные - плавные ребенок в первую очередь выделяет назальные, поскольку они легче артикулируются. Плавные соноры ребенок в два года совсем не артикулирует.

Шестой ряд характеризуется дифференциацией сонорных и шумных согласных звуков. В процессе перехода к различению шумных согласных ребенок успевает окончательно установить дифференциацию между сонорными и шумными согласными звуками.

Седьмой ряд характеризуется дифференциацией губных и язычных согласных звуков. Ребенок разделяет согласные по принципу локализации, т.е. сначала различаются только губные и язычные согласные звуки.

Восьмой ряд характеризуется различением взрывных и щелевых согласных звуков.

Девятый ряд характеризуется дифференциацией переднеязычных и заднеязычных согласных звуков.

Десятый ряд характеризуется различением глухих и звонких согласных звуков, которое возникает достаточно поздно, что объясняется сходством по артикуляционным признакам.

Одиннадцатый ряд характеризуется дифференциацией шипящих и свистящих согласных звуков.

Двенадцатый ряд характеризуется различением плавных сонорных и йотированных согласных звуков.

К концу дошкольного возраста ребенок правильно слышит каждую фонему языка, не смешивает ее с другими фонемами, овладевает их произношением. Таким образом, функция слухового анализатора ребенка формируется гораздо раньше, чем речедвигательного.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ринолалией

На сегодняшний день среди отечественных и зарубежных ученых существует мнение, что ринолалия представляет собой наиболее сложную клиническую форму речевой патологии, поскольку влечет за собой нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное врожденным пороком развития в виде полного или частичного расщепления неба и/или верхней губы [28]. Причиной возникновения данного порока развития считают генетический или патогенный фактор, оказывающий влияние на плод в эмбриональном периоде развития от восьмой до двенадцатой недели. Тяжелые инфекционные болезни матери именно на этом сроке представляют наибольшую опасность для полноценного развития плода, поскольку в это время происходит формирование речевого аппарата.

По уровню психического развития дети с ринолалией представляют собой разнородную группу: нормотипичные дети, дети с задержкой речевого и/или психического развития, дети с ментальными нарушениями разной степени и др. У ряда детей могут наблюдаться неврологические признаки в виде нистагмов, незначительных асимметрий глазных щелей и/или носогубных складок, повышенных сухожильных и перистальных рефлексов, повышенной возбудимости, нарушения эмоционально - волевой сферы. В этом случае ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы, что вследствие усугубляет не только речевое, но и психическое развитие ребенка. Зачастую, речевые нарушения вследствие ринолалии, оказывают

влияние на психологический аспект (психологическое здоровье) жизни ребенка, в особенности на личностное становление. Специфическая речь часто является причиной, при которой ребенок с ринолалией ощущает дискомфорт в коллективе, при общении с другими людьми. В школьных учреждениях, у таких детей часто формируются комплексы, появляется стремление к замкнутому образу жизни. Яркое выражение расстройства речи ребенка сильно влияет на функцию общения в коллективе. У ребенка ограничиваются социальные контакты, а кроме того, ввиду снижения речевой активности, снижается и речевое развитие. Деятельная активность таких детей является абсолютно полноценной, т. к. сама ринолалия, не имеющая сопутствующего дефекта в виде ментального нарушения, не оказывает никакого влияния на умственные способности. Тяжесть нарушений речи у лиц с ринолалией зависит от совокупности структурных и функциональных изменений и в немалой степени - от социально - психических условий развития ребенка. Отмечено, что у детей с незначительным дефектом речи, вторичные невротические психические процессы относительно сохранены и не нарушают адаптацию детей в семье, а также в дошкольном и школьном коллективах. При выраженной степени дефекта речи отмечается серьезное нарушение психологических процессов.

Из-за общего гипотонуса, слабости пальцев и кистей у детей с ринолалией практически всегда будет наблюдаться недоразвитие общей и пальцевой моторики. Также часто отмечаются нарушения нервной системы функционального характера, выражающиеся в замкнутости, стеснительности, раздражительности как реакции на свой дефект. Для детей с ринолалией характерна длительная астенизация и, как следствие, неустойчивое и рассеянное внимание, из-за чего идет снижение познавательной деятельности и объема вербальной памяти, процесс запоминания протекает медленно. Зрительная память, как правило, не нарушается. Из-за грубых нарушений произносительной стороны речи дети с ринолалией часто не могут реализовать себя в сфере, которая требует речевой активности (выступление

со сцены с чтецким репертуаром или театрализованные постановки). Соматическая ослабленность и диспраксия, вызванная нарушением нервной системы, также являются преградой для занятий, требующих хорошей физической подготовки (спорт, танцы, цирковая акробатика). Таким образом, ребенок с ринолалией становится с рождения ограниченным в выборе профессии.

Развитие речи ребенка с ринолалией во многом зависит от родительского отношения и внимания к ребенку и к его дефекту. В случае социальной депривации психическое развитие может перейти в задержку психогенного происхождения. В благоприятных условиях, при надлежащем педагогическом воздействии речь ребенка будет развиваться в соответствии с нормой, имея только нарушения дыхания и звукопроизношения, отмечается невнятность и неразборчивость речи.

Для ребенка данный диагноз означает появление помимо основных нарушений ряда функциональных, заметно влияющих на физическое, психическое и психологическое здоровье, поэтому такому ребенку необходима слаженная комплексная коррекционно-педагогическая помощь целого ряда специалистов, таких как логопед, дефектолог, психолог, ортодонт, ортопед, физиотерапевт, отоларинголог.

Именно поэтому, в настоящее время, необходим комплексный подход к коррекционно-педагогической работе с такими детьми. Это требует слаженной работы целого ряда специалистов.

1.3. Характеристика произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией и особенности логопедической работы с ними

При открытой ринолалии возникает ярко выраженный назальный оттенок голоса, артикуляция и фонация также имеет ряд отличий от нормального состояния.

Характер и степень выраженности речевых нарушений будут зависеть от функциональных и структурных изменений. Например, нарушения в костно-мышечном аппарате речи: узкое твердое небо или верхняя челюсть, искривление прикуса. Могут нарушаться также и тонус, и переплетение, и натяжение небных мышц [55]. Мимические мышцы тоже находятся в состоянии гипотонуса, что приводит к вялости артикуляторного аппарата и, как пример проявления, слабость круговой мышцы рта делает невозможным удержание губами легких предметов. При открытой ринолалии у ребенка вырабатывается несколько приспособительных движений губ, носа, лба (подергивание бровей, сужение-расширение ноздрей, сокращение мышц лба, поднятие верхней губы и др.), с помощью которых он, артикулируя звуки, пытается устранить носовую эмиссию.

У детей с открытой ринолалией артикуляционный аппарат вялый и плохо иннервируемый, губы принимают недостаточное участие при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных [28]. Работа языка тоже имеет особенности из-за врожденных анатомических дефектов, а также недостаточной иннервации, и для того, чтобы нивелировать эти дефекты у ребенка вырабатывается такое положение языка, когда корень поднимается кверху и препятствует выходу воздуха через рот, в связи с чем выдыхаемая воздушная струя идет через нос, нарушая правильные механизмы речевого дыхания, что значительно усиливает назализацию и снижает разборчивость речи. В целом можно сказать, что работа языка у детей с открытой ринолалией не координированная и не

дифференцированная, имеет значительное ограничение подвижности и смещение его передней части к середине рта. Нарушение мышечной взаимосвязи наблюдается еще в период новорожденности: во время акта кормления ребенок сжимает соску или сосок не губами, а корнем языка и небным сводом, что в будущем сказывается на качестве лепета и впоследствии речи ребенка в целом. В результате неполноценного грудного вскармливания развивается дисфункция сенсомоторных проводящих путей, что приводит к нарушению афферентного праксиса. Соответственно, нарушение афферентного праксиса ведет и к нарушению эфферентного, из-за чего у ребенка отсутствует интенсивный лепет, что значительно затрудняет процесс приобщения речевого аппарата к правильному произнесению звуков речи. В связи с этим отмечается более позднее появление речи, более длительный интервал между появлением первых слов и фраз в период, являющийся сензитивным для оформления уже не только звуковой, но и смысловой сторон речи. На ранних этапах речевого развития проявляются такие особенности, как слабый и немодулированный крик, угасание своевременно-появившегося гуления и лепета. Таким образом, развитие речи искажается в целом.

Дефект фонетического оформления устной речи наиболее ярко проявляется в участии носового резонатора и, как уже отмечалось выше, в изменении выхода воздушной струи. В результате идет нарушение всех оральных звуков речи, они становятся назальными и малоразборчивыми. Назальный оттенок речи зачастую сочетается с неправильной артикуляцией и имеет различные варианты и степень выраженности. Многие зависят от работы резонаторов, особенностей строения ротовой и носовой полостей, оральной чувствительности и другие, но в целом речь ребенка с открытой ринолалией всегда малоразборчива и невнятна. Фонетическое искажение речи может накладывать отпечаток и на формирование лексико-грамматической стороны речи, из-за чего может наблюдаться недостаточность словесно-логического мышления. Однако о серьезных изменениях можно говорить в

случае коморбидного нарушения, когда открытая ринолалия сочетается с другими речевыми нарушениями [5].

У детей с открытой ринолалией вторично нарушается фонематический слух, что иногда в дальнейшем мешает успешному овладению письмом. Проявления дисграфии чаще всего встречаются в виде стойких, типичных и повторяющихся ошибок, которые сами по себе не исчезают. Но, если к началу обучения грамоте ребенок с открытой ринолалией достаточно успешно пользуется внятной речью, четко произносит большинство звуков, а в речи присутствует только назальный оттенок, то проблем со звуковым анализом не возникает.

Из-за невозможности осуществления необходимой преграды у альвеол и верхних зубов, детям с открытой ринолалией трудно даются переднеязычные согласные: *т, д, л, ч, ш, щ, ж, р, с, ц, з* и имеют специфическое звучание. Согласные *к* и *г* часто отсутствуют. При произнесении гласных отмечается вялая артикуляция, и они также произносятся с ярко выраженным назальным оттенком, а слияние звуков приобретает нечеткость. Практически все звуки при слуховом восприятии кажутся дефектными. Речь в целом воспринимается храпящей с сильно выраженным назальным оттенком. Глухие согласные приближены к *х*, звонкие - к фрикативным звукам, губные и зубные - к звуку *м*, а, переднеязычные к звуку - *н*, со слабо заметным изменением в звучании. В некоторых случаях артикуляции звуков приближены к норме, но вследствие нарушенного дыхания, сопровождающегося сильным напряжением мимической мускулатуры, произношение остается дефектным

Первые работы, в которых впервые упоминается о ринолалии, написаны врачами. Примерно в начале XIX века в отечественной и зарубежной литературе начинает подниматься вопрос медицинской помощи больным, имеющим ринолалию. Главную задачу, которые ставили перед собой врачи – это полное оперативное восстановление небного свода. Однако стоит отметить, что, несмотря на успехи, которые добились хирурги в устранении анатомического дефекта, никому из них не удалось достигнуть хороших

результатов в коррекции произносительной стороны речи. В результате был сформирован важный вывод относительно помощи при ринолалии, который заключается в том, что одним лишь оперативным вмешательством не возможно достигнуть положительных результатов в фонетическом оформлении речи. Постепенно в процессе медицинского и педагогического изучения специфики дефекта при ринолалии выделились **два направления**. Представители и того и другого направления исходили из необходимости устранения небо-глоточной недостаточности.

1. Немецкое направление (Германия и ряд других стран). Его представители: Г. Гутцман (1924), В. А. Каретникова (1927), М. Е. Хватцев (1931, 1959) и др. Это *силовое направление* в коррекционной работе. Все предлагаемые упражнения должны выполняться на силовой атаке с максимальным напряжением. Обуславливается такая работа тем, что сильные раздражители запускают процесс возбуждения, благодаря чему в работу сохранных речедвигательных органов включаются дефектные органы (мягкое небо и др.). М. Е. Хватцев [56] на основании личного опыта модернизировал данные принципы и разработал свою коррекционную программу. Программа содержит достаточно сложный комплекс упражнений, направленных на развитие речевого аппарата, и сам автор подчеркивал трудность выполнения данных упражнений, а в связи с этим недостаточную эффективность предложенной методики.

2. Французское направление является более *щадящим* и основывается на постановке правильного дыхания и голоса (представитель данного направления С. Борель-Мезони). Программа этого направления предполагает развитие дыхания и голоса посредством физиологически естественных, ненапряженных, дифференцированных упражнений.

С некой модификацией французское направление развивалось в отечественной логопедии в работах Ф. А. Рау (1933), З. Г. Нелюбовой (1938), Т. Н. Воронцовой (1966), А. Г. Ипполитовой (1955, 1963). Авторы указывают на необходимость проведения логопедической работы как до, так и после

оперативного вмешательства. З. Г. Нелюбова [28] разработала новые приемы массажа мягкого неба, упражнения для его активизации и постановки диафрагмального дыхания, а также для формирования выдыхаемой воздушной струи. Совместно логопедами и врачами проводилась совместная работа по поиску новых более эффективных путей коррекции речи при ринолалии.

Помимо указанных авторов разработкой методических приемов по коррекции ринолалии занимались В. В. Куколь (1941), С. Л. Таптапова (1963), З. А. Репина (1970), И. И. Ермакова (1980, 1984), Г. В. Чиркина (1987), Т. В. Волосовец (1995), А. В. Доросинская (2000), Балакирева А. С. (2014) и др.

Выводы по главе 1

В научной литературе достаточно большое внимание уделяется онтогенезу речевой деятельности, а именно, становлению звуков речи в норме, развитию фонематических процессов и др. И соответственно уделяется внимание случаям дизонтогенеза речевой деятельности, одним из примеров которого является ринолалия.

Изучение специальной литературы по проблеме исследования показывает, что дети с открытой ринолалией в послеоперационный период помимо трудностей, связанных с произносительной стороной речи, имеют серьезные трудности, связанные с развитием фонематических процессов, лексико-грамматической стороной речи, так же трудности возникают в формировании высших психических функций, личностных особенностей и, конечно, межличностных отношений со сверстниками. Дошкольники с ринолалией – это не просто дети с речевой дисфункцией, это дети со сниженным уровнем развития общего эмоционального состояния, с повышенной тревожностью, с нехваткой коммуникации. В связи с этим для повышения эффективности необходимо, чтобы коррекционная работа с данной категорией детей строилась с учетом устранения вышеперечисленных недостатков. Также поиск путей коррекции должен быть связан с особенностью развития анализаторных систем у дошкольников с открытой ринолалией.

В результате анализа теоретических исследований были выявлены существенные отличия данной категории детей от нормотипичных, что поставило перед необходимостью определить состояние произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период, а именно:

- строение и моторику артикуляционного аппарата,
- звукопроизношение и просодические компоненты,
- фонематические процессы.

Ранняя коррекция речевых нарушений у детей с ринолалией имеет необычайно важное как психолого-педагогическое, так и социальное значение для нормализации речи, предотвращения появления вторичных нарушений.

Реализация на практике коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период предполагает исследование состояния произносительной стороны речи, а также разработке и апробации логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у данной категории детей, чему и посвящена вторая и третья главы исследования.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С РИНОЛАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

2.1. Организация и методика изучения произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период

Цель экспериментального изучения - выявить особенности произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Экспериментальной базой являлось Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области "Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум", г.Екатеринбург. Обследование проводилось с 18 января по 26 января 2018 года индивидуально с каждым ребенком во второй половине дня. В констатирующем эксперименте принимало участие десять детей с открытой ринолалией в послеоперационный период в возрасте от пяти с половиной до семи лет. Подбор испытуемых осуществлялся на основе логопедического заключения.

Список детей:

1. Егор А., 6 лет – ОНР II, псевдобульбарная дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 2 года 9 месяцев.
2. Сема С., 5,5 лет – ОНР II, стертая дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 2 месяца.
3. Ева Л., 6 лет – ФФНР, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 5 месяцев.
4. Саша Е., 6,9 – ОНР II, открытая ринолалия; уранопластика – 3 года 1 месяц.
5. Настя М., 5,5 лет – ОНР III, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 2 месяца.

6. Савва Е., 6 лет – ФФНР, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 5 месяцев.
7. Наринэ А., 6 лет – ОНР II, псевдобульбарная дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 3 года.
8. Никита Н. 6,5 лет - ОНР III, стертая дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 5 месяцев.
9. Степа Н., 6,5 лет – ОНР II, стертая дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 1 год 9 месяцев.
10. Лева В., 6,10 лет – ОНР II, псевдобульбарная дизартрия, открытая ринолалия; уранопластика – 4 года 5 месяцев.

Для получения информации о детях была изучена имеющаяся документация (логопедическое заключение), проводилась беседа с родителями (см. Приложение). Для изучения были выделены следующие направления, обеспечивающие объективную картину состояния произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период:

Методика обследования строения и моторики артикуляционного аппарата [52]. Данная методика заключается в изучении анатомических особенностей артикуляционного аппарата и моторики артикуляционного аппарата, которая включает его двигательные функции, динамическую организацию движений, а также состояние мимической мускулатуры.

Методика обследования звукопроизношения и просодических компонентов языка [52]. Данная методика состоит из двух разделов: изучение состояния звукопроизносительной стороны речи и изучение просодической стороны речи. Изучение звукопроизносительной стороны выстраивается по следующей схеме: каждый звук проверяется сначала изолированно, затем в двух- или трехсложном слове без стечения согласных на проверяемом звуке, затем звук проверяется в несложной фразе, в последнюю очередь звук проверяется в активной речи ребенка. В процессе изучения также обращается внимание на особенности артикулем и характер звучания звуков. При изучении просодических компонентов отмечаются:

мелодико-интонационная выразительность, темпо-ритмическая организация речи, эмоциональный окрас речи, наличие и характер логических ударений, сила голоса, а также разборчивость речи в целом.

Методика обследования фонематических процессов [52]. Данная методика состоит из исследования фонематического слуха (способности выделять и различать фонемы родного языка) и фонематического восприятия (умственных операций по звуковому анализу). Исследование проводится по следующим направлениям: дифференциация изолированных звуков, на уровне слогов и на уровне слова.

Результаты обследования оценивались качественно и количественно. Для количественной оценки была разработана трехбалльная система оценивания, кроме обследования строения артикуляционного аппарата:

1 балл – упражнение выполнено с серьезными недочетами, что соответствует низкому уровню;

2 балла – упражнение выполнено с небольшими недочетами, что соответствует среднему уровню;

3 балла – упражнение выполнено правильно, что соответствует высокому уровню.

Также результаты обследования переводились в процентный показатель по формуле расчета доли в процентном отношении:

$$P = A1 / A2 \times 100,$$

где P - процентный показатель, A1 - количества набранных баллов по факту, A2 - максимально возможное количество баллов.

Процентный показатель также соответствовал трем уровням:

70% - 100% - высокий;

40% - 69% - средний;

менее 40% - низкий.

Обследование каждого ребенка начиналось с установления контакта. Сначала ребенка приветствовали, отмечали, что он сегодня очень хорошо выглядит, а затем задавались вопросы, следующего характера: «Как

настроение?», «С кем он пришел (пришла) на занятие?», «Что у него за игрушка в руках? » и т.д. Для того, чтобы услышать самостоятельную речь, в процессе общения задавались простые вопросы на близкую для ребенка тему: «Какой любимый мультик и о ком или о чем он?», «Что больше всего любит поесть?», «Чем больше всего любит заниматься?», «Есть ли брат или сестра, как их зовут?» и т.д. После установления контакта, обследование переходило в непосредственное изучение произносительной стороны речи ребенка. Результаты экспериментального изучения были оформлены количественно и качественно по каждому направлению.

2.2. Результаты изучения произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период

Результаты обследования строения и моторики артикуляционного аппарата.

Результаты обследования строения артикуляционного аппарата.

Егор:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны (слева складка более выражена, чем справа); рот приоткрыт, саливация умеренная; линия губ неровная (левый край приподнят вверх); смыкание губ неполное; губы: естественной толщины, рубцов нет; уздечка верхней губы короткая; зубы: ровные, здоровые; прикус: физиологический; строение челюсти: прогнатия; язык: толстый, напряженный, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен; подъязычная уздечка короткая; маленький язычок отклоняется влево; небо: высокое, узкое, послеоперационный шов, отмечается укорочение мягкого неба, а также провисание с левой стороны, активность мягкого неба малая.

Сема:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны; *рот* закрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* не ровная (левый край выше, чем правый); *смыкание губ* неполное; *губы:* естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* нормальная; *зубы:* ровные, здоровые; *прикус:* физиологический; *строение челюсти:* норма; *язык:* тонкий, вялый, кончик языка за верхними зубами; *подъязычная уздечка* эластичная; *маленький язычок* по центральной линии; *небо:* низкое, широкое, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* нормальная.

Ева:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки симметричны; *рот* закрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* ровная; *смыкание губ* полное, *губы:* естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* нормальная; *зубы:* ровные, здоровые; *прикус:* физиологический; *строение челюсти:* прогнатия; *язык:* нормальной толщины, кончик языка за верхними зубами; *подъязычная уздечка* эластичная; *маленький язычок* по центральной линии; *небо:* естественной высоты, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* нормальная.

Саша:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки симметричны; *рот* закрыт; *саливация* умеренная; *линия губ* ровная; *смыкание губ* неполное; *губы:* естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* нормальная; *зубы:* ровные, здоровые; *прикус:* физиологический; *строение челюсти:* норма; *язык:* нормальной толщины, вялый, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен; *подъязычная уздечка* эластичная; *маленький язычок* по центральной линии; *небо:* естественной высоты, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* малая.

Настя:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки симметричны; *рот* закрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* ровная; *смыкание губ* полное; *губы:* естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* нормальная; *зубы:* ровные, здоровые; *прикус:* физиологический; *строение челюсти:* норма; *язык:* нормальной толщины, кончик языка за верхними зубами; *подъязычная уздечка*

короткая; *маленький язычок* по центральной линии; *небо*: естественной высоты, послеоперационный шов, *активность мягкого неба* нормальная.

Савва:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки симметричны; *рот* приоткрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* ровная; *смыкание губ* полное; *губы*: естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* эластичная; *зубы*: ровные, здоровые; *прикус*: физиологический; *строение челюсти*: норма; *язык*: тонкий, вялый, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен; *подъязычная уздечка* короткая; *маленький язычок* по центральной линии; *небо*: высокое, узкое, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* нормальная.

Наринэ:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны (справа складка более выражена, чем слева); *рот* приоткрыт; *саливация* умеренная; *линия губ* неровная (правый край приподнят вверх); *смыкание губ* неполное; *губы*: верхняя губа тонкая, нижняя губа нормальной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* короткая; *зубы*: ровные, здоровые; *прикус*: физиологический; *строение челюсти*: норма; *язык*: нормальной толщины, вялый, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен; *подъязычная уздечка* короткая; *маленький язычок* по центральной линии; *небо*: высокое, узкое, послеоперационный шов, провисание с правой стороны; *активность мягкого неба* малая.

Никита:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны; *рот* закрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* ровная; *смыкание губ* полное; *губы*: тонкие, послеоперационный рубец; *уздечка верхней губы* короткая; *зубы*: ровные, здоровые; *прикус*: физиологический; *строение челюсти*: норма; *язык*: тонкий, вялый, кончик языка за верхними зубами; *подъязычная уздечка* короткая; *маленький язычок* по центральной линии; *небо*: естественной высоты, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* нормальная.

Степа:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны; *рот* закрыт; *саливация* отсутствует; *линия губ* ровная; *смыкание губ* полное; *губы*: тонкие, послеоперационный рубец; *уздечка верхней губы* короткая; *зубы*: ровные, здоровые; *прикус*: физиологический; *строение челюсти*: норма; *язык*: тонкий, вялый, кончик языка за верхними зубами; *подъязычная уздечка* короткая; маленький язычок по центральной линии; *небо*: естественной высоты, послеоперационный шов; *активность мягкого неба* нормальная.

Лева:

состояние мимической мускулатуры: носогубные складки ассиметричны (слева складка длиннее, чем справа); *рот* открыт; *саливация* умеренная; *линия губ* неровная (правый край приподнят вверх); *смыкание губ* неполное; *губы*: верхняя губа тонкая, нижняя губа естественной толщины, рубцов нет; *уздечка верхней губы* короткая; *зубы*: ровные, здоровые; *прикус*: открытый передний; *строение челюсти*: норма; *язык*: нормальный, вялый, оттянут вглубь рта, кончик языка не выражен; *подъязычная уздечка* короткая; *маленький язычок* отклоняется вправо; *небо*: высокое, плоское, послеоперационный шов, провисание мягкого неба с левой стороны, *активность мягкого неба* малая. Количественный анализ результатов обследования строения артикуляционного аппарата приведен в таблице 1.

Таблица № 1.

Результаты обследования строения артикуляционного аппарата

Имя	Количество сохраненных компонентов артикуляционного аппарата (max 15)	Количество сохраненных компонентов артикуляционного аппарата в %	Уровень восстановления артикуляционного аппарата
Егор	3	20%	низкий
Сема	13	87%	высокий
Ева	13	87%	высокий
Саша	8	53,33%	средний
Настя	13	87%	высокий
Савва	11	73,33%	высокий
Наринэ	4	26,67%	низкий
Никита	10	66,67%	средний
Степа	10	66,67%	средний
Лева	2	13,33%	низкий

Результаты обследования моторики артикуляционного аппарата.

Егор:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с серьезными ошибками, мимическая картина невыразительная - ограниченный объем движений бровей и рта; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с ошибками, движения языка неточные; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с серьезными ошибками, нарушена плавность переключения, при переключении с одной артикуляционной позы на другую происходит поиск артикуляции, отмечается истощаемость движений.

Сема:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с ошибками, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно, но не в полном объеме, движения языка неточные; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с ошибками, нарушена плавность переключения, при переключении с одной артикуляционной позы на другую происходит поиск артикуляции.

Ева:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет правильно, в достаточном объеме, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно, в достаточном объеме, с истощаемостью движений; движения языка неточные; выдох нормальный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно.

Саша:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с ошибками, не в полном объеме, движение не удерживается, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно, но не в полном объеме, с истощаемостью

движений, нарушена плавность переключения; движения языка неточные; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с ошибками, отмечается замена одного движения на другое.

Настя:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет правильно, в достаточном объеме, с незначительными ошибками, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно, в достаточном объеме; движения языка относительно точные; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно.

Савва:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет правильно, с незначительными ошибками, относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно, в достаточном объеме, с истощаемостью движений; движения языка неточные; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно.

Наринэ:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с серьезными ошибками и с содружественными движениями – прищуривание глаз, подергивание щек, мимическая картина невыразительная – лицо амимичное; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с серьезными ошибками, движения языка неточные, нарушена плавность переключения; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с серьезными ошибками, при переключении с одной артикуляционной позы на другую происходит поиск артикуляции, отмечается замена одного движения на другое.

Никита:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с содружественными движениями – поднятие бровей, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно с чрезмерным напряжением мышц, тремор, нарушена плавность переключения; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с ошибками, объем движений ограничен.

Степа:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с содружественными движениями – подергивание щек, мимическая картина относительно выразительная; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет правильно с чрезмерным напряжением мышц, нарушена плавность переключения; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с незначительными ошибками, объем движений ограничен.

Лева:

состояние мимической мускулатуры: пробы выполняет с серьезными ошибками и с содружественными движениями – поднятие бровей, мимическая картина невыразительная – ограниченный объем движений бровей и рта; состояние двигательных функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с серьезными ошибками, движения языка неточные, нарушена плавность переключения; выдох слабый, укороченный; состояние динамических функций артикуляционного аппарата: пробы выполняет с серьезными ошибками, отмечается замена одного движения на другое. Количественный анализ общих результатов обследования строения и моторики артикуляционного аппарата приведен в таблице 2 (более подробный вариант таблицы 2, в котором указано количество баллов, полученных каждым ребенком в ходе выполнения диагностических проб по каждому параметру обследования моторики артикуляционного аппарата см. в приложении 2).

Результаты обследования моторики артикуляционного аппарата

Имя	Общее количество набранных баллов (max 159)	Количество набранных баллов в %	Уровень моторики артикуляционного аппарата
Егор	86	54,09%	средний
Сема	102	64,15%	средний
Ева	139	87,42%	высокий
Саша	92	57,86%	средний
Настя	135	84,91%	высокий
Савва	123	77,36%	высокий
Наринэ	71	44,65%	средний
Никита	84	52,83%	средний
Степа	97	61,01%	средний
Лева	67	42,14%	средний

Таким образом, в результате обследования были выявлены проявления риноплазии и дизартрии. К проявлениям риноплазии относятся: неестественная толщина губ, наличие рубца на верхней губе, короткая уздечка верхней губы, неровные зубы, нефизиологический прикус, нарушение строения челюсти, оттянутое вглубь положение языка, короткая подъязычная уздечка, аномалии строения мягкого неба, послеоперационный шов на мягком небе, малая активность мягкого неба, слабый выдох. Данная группа детей составляет 100%, т.е. у всех испытуемых присутствуют проявления риноплазии.

К проявлениям дизартрии относятся: асимметричность носогубных складок, открытое положение рта в состоянии покоя, наличие саливации, неровность линии губ, неполное смыкание губ, нарушение тонуса языка, отклонение от срединной линии маленького язычка, провисание мягкого неба, содружественные движения при выполнении мимических поз, маловыразительная мимика, неточные движения языка, нарушение плавности переключения артикуляционных поз, ошибки при выполнении артикуляционных поз. Данная группа детей составляет 60% и является преобладающей.

Таким образом, мы видим, что у большинства детей в клинической структуре дефекта присутствует помимо открытой риноплазии, дизартрия.

Результаты обследования звукопроизношения и просодических компонентов языка

Результаты обследования звукопроизношения.

Егор: [с], [с'] – шипящий сигматизм; параротацизм, [р] и [р'] – параротацизм, замена на звуки [л], [л']; [ж], [ч] – свистящий сигматизм; [в] - замена на [ф]; [а], [о], [ы], [у], [э], [и], [п], [б], [г], [н], [м], [д] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Сема: [с], [с'], [з], [з'], [ц], [ш], [ч], [щ] – носовой сигматизм; [ж] – свистящий сигматизм; [л] - [л'] - отсутствие звуков; [р'], [р] – ротацизм (горловое произнесение), пропуск звуков; смешение гласных I ряда с гласными II ряда; [а], [о], [у], [п], [б], [н], [м], [д] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Ева: [с], [с'] – межзубный сигматизм; [р], [р'] – недостаточная автоматизация звуков, пропуск звуков; [в] – недостаточная автоматизация; [а], [о], [ы], [у], [п], [б], [и] – имеют назальный оттенок (звук [и] в изолированном виде звук не имеет назального оттенка), полиморфное нарушение.

Саша: [з], [з'] – парасигматизм, замена на [с]; [ж], [ч] – шипящий сигматизм; [ш] – шипящий сигматизм, смешение с [х] с носовым оттенком; [д], [ч] – парасигматизм, замена на [т]; [л], [л'] – ламбдацизм (губное произнесение); [р], [р'] – отсутствие звуков; [j] – йотоцизм, замена на [н']; [г] – гаммацизм, звук произносится с цокающим призвуком; [в] - замена на [ф]; [а], [о], [ы], [у] - назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Настя: [с], [с'] – шипящий сигматизм; [р] и [р'] – параротацизм, замена на звуки [л] и [л']; [и], [у], [б], [г], [н], [м], [д] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Савва: [с], [с'] – носовой сигматизм; [с'], [ц] – шипящий сигматизм; [ш] – свистящий сигматизм; [щ] – свистящий сигматизм, смешение с [з]; [р], [р'] – данные звуки отсутствуют; [г], [т] - замена на [к]; [б] заменяет на [п]; [а], [о],

[ы], [и], [у], [б], [г], [н], [м], [д] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Наринэ: отсутствуют [л], [л'], [с] – пропуск; [ч], [ш], [ж] – свистящий сигматизм; замена [с] на [ш]; [р'], [р] – ротацизм (горловое произнесение), пропуск звуков; [д] заменяет на [г]; [а], [о], [ы], [у], [э], [и], [б], [г], [н], [м], [д] – имеют назальный оттенок; ребенок является билингвом – в активной речи на родном языке допускаются ошибки подобного характера, логопедическое обследование на родном языке не проводилось, полиморфное нарушение.

Никита: [с], [с'] – межзубный сигматизм; замена [ш] на [с]; [ч] – межзубный сигматизм; [р], [р'] – ротацизм (горловое произнесение), пропуск звуков; [з], [з'] – межзубный сигматизм; [л], [л'] – лабдацизм (губное произнесение), замена [ж] на [з]; [а], [о], [ы], [у], [э], [и], [п], [б], [г], [д], [н], [м] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Степа: [ш] – межзубный сигматизм, смешение с [с]; [ж] – свистящий сигматизм, смешение с [з]; [ц] – парасигматизм, замена на [т]; [с], [с'], [з], [з'] – межзубный сигматизм; [р], [р'] – ротацизм (горловое произнесение), пропуск звуков; [л] – лабдацизм, назальное, гнусавое произношение, замена на [н], пропуск звука; [л'] – лабдацизм, смешение с [j]; [а], [о], [ы], [у], [э], [и], [п], [б], [г], [д] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Лева: [л] – лабдацизм, смешение со звуком [л'], пропуск звука; [р], [р'] – ротацизм; [в] – отсутствует, пропуск; [д] – оглушение звонкого звука, замена на [т], [д'] замена на [т']; гласные звуки: смешение гласных I ряда с гласными II ряда, [я] – замена на [а]; [б], [г], [н], [д], [м], [а], [о], [ы], [у], [э], [и] – имеют назальный оттенок, полиморфное нарушение.

Количественный анализ результатов обследования звукопроизношения приведен в таблице 3.

По результатам обследования видно, что у подавляющего большинства испытуемых уровень сформированности звукопроизношения низкий. Это в очередной раз подтверждает, что тяжесть речевых нарушений при открытой ринолалии достаточно серьезная.

Результаты обследования звукопроизношения

Имя	Количество сохранных звуков (max 36)	Количество набранных баллов в %	Уровень сформированности звукопроизношения
Егор	14	38.88%	низкий
Сема	8	22.22%	низкий
Ева	24	66.66%	средний
Саша	13	36.11%	низкий
Настя	23	63.88%	средний
Савва	14	38.88%	низкий
Наринэ	14	38.88%	низкий
Никита	14	38.88%	низкий
Степа	12	33.33%	низкий
Лева	14	38.88%	низкий

Обследование просодических компонентов речи.

У детей посредством наблюдения были установлены особенности сформированности просодической стороны речи: голоса, темпа, мелодико-интонационной окраски, дыхания (тип дыхания, особенности выдоха, организация речи).

Егор: *голос* – тихий, немодулированный, имеет ярко выраженный назальный оттенок; *темп речи* – замедленный; *мелодико-интонационная окраска* – монотонная; *дыхание* – прерывистое, диафрагмальное; *выдох* – укороченный; речь организует на выдохе.

Сема: *голос* – тихий, немодулированный, имеет умеренный назальный оттенок; *темп речи* – замедленный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – прерывистое, диафрагмальное; *выдох* – слабый, укороченный; речь организует на выдохе.

Ева: *голос* – громкий, модулированный; *темп речи* – равномерный; *мелодико-интонационная окраска* – выразительная; *дыхание* – ровное, грудное; *выдох* – слабый, короткий; речь организует на выдохе.

Саша: *голос* – громкий, имеет назальный оттенок, немодулированный; *темп речи* – равномерный; *мелодико-интонационная окраска* – монотонная;

дыхание – поверхностное; *выдох* – укороченный, слабый; речь организует на выдохе.

Настя: *голос* – громкий, модулированный, имеет незначительный назальный оттенок; *темп речи* – спокойный, умеренный; *мелодико-интонационная окраска* – выразительная; *дыхание* – диафрагмальное, спокойное; *выход* – продолжительный, плавный; речь организует на выдохе.

Савва: *голос* – громкий, немодулированный, имеет умеренный назальный оттенок; *темп речи* – умеренный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – прерывистое, диафрагмальное; *выдох* – плавный; речь организует на выдохе.

Наринэ: *голос* – сиплый, имеет ярко выраженный назальный оттенок, немодулированный; *темп речи* – нормальный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – грудное; *выдох* – толчкообразный; речь организует на выдохе.

Никита: *голос* – тихий, имеет назальный оттенок; *темп речи* – нормальный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – поверхностное, прерывистое, диафрагмальное; *выдох* – толчкообразный, укороченный; речь организует на выдохе.

Степа: *голос* – тихий, имеет назальный оттенок, немодулированный; *темп речи* – нормальный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – прерывистое, смешанное; *выдох* – плавный, укороченный; речь организует на выдохе.

Лева: *голос* – тихий, имеет ярко выраженный назальный оттенок; *темп речи* – замедленный, спокойный; *мелодико-интонационная окраска* – маловыразительная; *дыхание* – грудное; *выдох* – плавный, короткий; речь организует на выдохе.

Количественный анализ результатов обследования состояния просодических компонентов речи приведен в таблице 4.

По результатам видно, что просодические компоненты речи, как и звукопроизношение, у детей с открытой ринолалией развиты недостаточно.

**Результаты обследования состояния просодических
компонентов речи**

Имя	Количество сохранных просодических компонентов речи (max 5)	Количество сохранных просодических компонентов речи в %	Уровень сформированности звукопроизношения
Егор	0,5	10%	низкий
Сема	0,5	10%	низкий
Ева	3	60%	средний
Саша	1	20%	низкий
Настя	4	80%	высокий
Савва	2	40%	средний
Наринэ	0,5	10%	низкий
Никита	1	20%	низкий
Степа	0,5	10%	низкий
Лева	0,5	10%	низкий

Таким образом, в результате обследования были выявлены нарушения звукопроизношения в виде сигматизма, парасигматизма, ротацизм, параротацизм, ламбдацизм, гаммацизм, йотоцизм; замена, смешение, искажение или отсутствие звука, а также оглушение звонкого звука, а также просодических компонентов языка в виде тихого, назализированного, немодулированного голоса, маловыразительной мелодико-интонационной окраски, грудного или ключичного прерывистого дыхания, слабого выдоха. Данные нарушения относятся к проявлениям как ринолалии, так и дизартрии, но отличаются причинами возникновения. Основной причиной возникновения нарушения звукопроизношения при ринолалии является измененное положение языка, когда корень языка оттягивается назад; в результате артикуляция звуков сдвигается к месту отсутствующего небно-глоточного затвора и приводит к искажению звуков (вплоть до храпящего звучания). Нарушение просодических компонентов обусловлено небно-глоточной недостаточностью, когда в результате отсутствия полного смыкания мягкого неба с задней стенки глотки, происходит утечка воздуха в носовые проходы,

что выражается в назальном оттенке голоса (ринофонии) различной степени. В результате отсутствия разграничения полости носа и рта у детей с ринолалией отмечается смешанное носо-ротовое дыхание, при котором продолжительность выдоха резко сокращается, нарушается фонационное дыхание. Из-за отставания в развитии грудной клетки при ринолалии уменьшается жизненный объем легких, в результате чего возникает ключичный учащенный тип дыхания. При дизартрии причиной возникновения нарушения звукопроизношения, просодических компонентов, дыхания является нарушения иннервации. Повышенный тонус языка приводит к ограничению подвижности, а пониженный тонус – к невозможности формирования необходимых артикулем, и в том и в другом случае страдает звукопроизношение. Гипертонус мышц мягкого неба приводит к малой подвижности, гипотонус мышц мягкого неба приводит к небно-глоточной недостаточности, и в первом и во втором случае отмечается наличие носового оттенка. Почти всегда при дизартрии отмечается нарушение дыхания. Основная причина - это нарушение тонуса мышц диафрагмы, реже нарушение дыхания при дизартрии связано с задержкой созревания дыхательной функциональной системы.

Результаты обследования фонематических процессов.

Егор: наибольшее затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по звонкости-глухости (ва-фа), нарушения наблюдаются и на уровне нарушенных звуков и на уровне не нарушенных звуков, самым трудным оказалось определение положения заданного звука в слове, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Сема: наибольшее затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по твердости – мягкости (ла-ля), трудности возникли с определением положения заданного звука в слове, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Ева: наибольшие затруднения с выделением согласного звука в начале, в середине и в конце, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Саша: наибольшие затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по звонкости – глухости (та-да, па-ба), трудности возникли с определением положения заданного звука в слове, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Настя: наибольшие трудности возникли при определении положения заданного звука в слове, также трудности возникли при повторении слогов, содержащих л и р, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Савва: наибольшие трудности возникли с выделением согласного звука в середине слова, а также с повторением слогов, отличающихся по звонкости – глухости (га-ка, та-да), фонематические процессы сформированы недостаточно.

Наринэ: наибольшие трудности вызвало повторение слогов, отличающихся по месту образования (са-ша, за-жа, да-га), нарушения наблюдались и на уровне нарушенных звуков и на уровне не нарушенных звуков, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Никита: затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по месту образования (са-ша, за-жа) на уровне нарушенных звуков и на уровне не нарушенных звуков, самым трудным оказалось определение положения заданного звука в слове, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Степа: затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по месту образования (са-ша, за-жа) на уровне нарушенных звуков и на уровне не нарушенных звуков, также трудности возникли при повторении слогов, содержащих ц и т, самым трудным оказалось определение положения заданного звука в слове, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Лева: наибольшее затруднение вызвало определение согласного звука в середине, также затруднение вызвало повторение слогов, отличающихся по месту образования (ша-са), по мягкости-твёрдости (ма-мя, та-тя, ла-ля) на

уровне нарушенных звуков, фонематические процессы сформированы недостаточно.

Самым сложным заданием для всех детей было определение положения заданного звука в слове. Наиболее легким оказалось выделение гласного звука, не возникло трудностей с определением гласного, находящегося в ударной позиции, небольшие трудности возникли с выделением гласного, находящегося в безударной позиции.

Количественный анализ общих результатов обследования фонематического слуха и восприятия приведен в таблице 5 (более подробный вариант таблицы 5, в котором указано количество баллов, полученных каждым ребенком в ходе выполнения диагностических проб по каждому параметру обследования фонематического слуха и восприятия см. в приложении 2).

По результатам обследования фонематического слуха и восприятия видно, что фонематические процессы у всех детей сформированы недостаточно, но значительно в большей степени, чем звукопроизношение и просодические компоненты речи. Это обусловлено вторичностью нарушения фонематических процессов в структуре речевого дефекта при открытой ринолалии.

Таблица № 5.

Результаты обследования фонематического слуха и восприятия

Имя	Общее количество набранных баллов (max 45)	Количество набранных баллов в %	Уровень фонематического слуха и восприятия
Егор	23	51,11%	средний
Сема	38	84,44%	высокий
Ева	39	86,67%	высокий
Саша	24	53,33%	средний
Настя	37	82,22%	высокий
Савва	32	71,11%	высокий
Наринэ	20	44,44%	средний
Никита	20	44,44%	средний
Степа	21	46,67%	средний
Лева	18	40%	средний

На рисунке 1 представлены результаты изучения произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период в соответствии с уровнем.

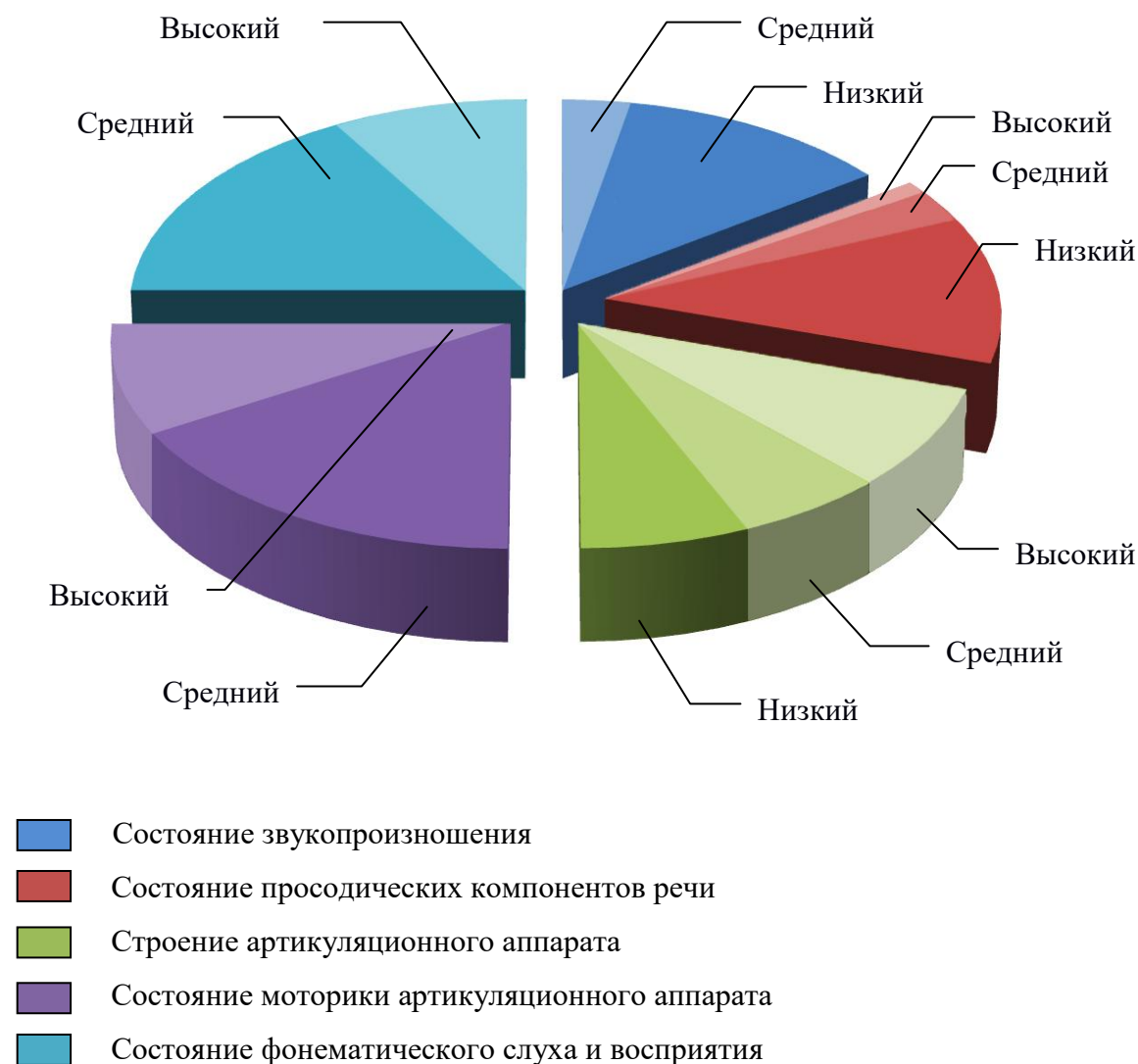


Рис. 1. Результаты констатирующего эксперимента

Обобщив все выводы, были выделены две группы детей. Первая группа – это дети, у которых в структуре клинического дефекта только открытая ринолалия (составила 40%); вторая группа – это дети, у которых в структуре клинического дефекта открытая ринолалия осложнена дизартрией (составила 60%). Особенности, выявленные у *первой группы*: специфическое измененное положение языка, когда корень языка оттягивается назад, у данной группы

детей не формируется умение пользоваться небной занавеской при звукопроизношении и, как следствие, выдыхаемая воздушная струя выходит через нос, а голос приобретает назализированный оттенок. Особенности, выявленные у *второй группы*: тихий голос, нарушение тонуса артикуляционных мышц (лица, губ, языка) по типу гипотонии (снижение тонуса) или дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса).

В ходе логопедической работы главное внимание должно уделяться коррекции небно-глоточной недостаточности, что решается за счет специально-разработанных упражнений на развитие небно-глоточного смыкания, а также средствами дыхательных упражнений по формированию правильного фонационного выдоха через рот. Также необходимо работать над коррекцией нарушенных артикулем, что решается за счет формирования необходимых кинестезий, позволяющих воспитать новый речевой стереотип.

Логопедическое воздействие предполагает главным образом воспитание чистого звучания речи, однако этим не ограничивается. Одна из задач работы — развитие фонематических процессов и, как следствие, всех структурных компонентов речи.

Таким образом, полученные в ходе обследования результаты указывают на необходимость целенаправленной логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Выводы по главе 2

В результате обследования были выявлены две группы с различной *клинической структурой дефекта*: первая группа — это дети, у которых в клинической структуре дефекта присутствует только открытая ринолалия, вторая группа — это дети, у которых в структуре клинического дефекта присутствует открытая ринолалия и дизартрия.

Структура речевого дефекта для всех детей оказалась одинаковой: и в первой и во второй группе фонетическое недоразвитие влечет за собой фонематическое недоразвитие.

Основываясь на данных экспериментального изучения, а также опираясь на клиническую структуру и структуру речевого дефекта были выявлены механизмы, вызывающие ФФНР у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Исходя из клинической структуры дефекта:

- нарушенная деятельность мышц мягкого неба (отмечается дисфункция мышц мягкого неба, которые осуществляют разделение носовой и ротовой полостей; из-за пассивного и мало подвижного мягкого неба данная функция разделения отсутствует; не осуществляется смыкание мягкого неба с задней стенкой глотки);
- измененное положение и мышечный тонус языка (измененное положения языка является приспособительным механизмом ребенка к своему дефекту, в результате чего все тело языка оттягивается к глотке, корень и спинка приподняты и находятся в тонусе, кончик языка иннервируется недостаточно; в итоге движения языком, за исключением самых элементарных, сильно затруднены и между собой мало дифференцированы);
- измененное состояние речевого дыхания (нарушенная связь между артикуляционным аппаратом и дыхательной мускулатурой приводит к своеобразным особенностям речевого дыхания, выдыхаемая воздушная струя проходит через нос, нарушаются направление и плавность выдоха; в целом дыхание поверхностное, ритм затрудненный, что значительно затрудняет речевой акт).

Исходя из структуры речевого дефекта:

- нарушенное звукопроизношение - фонетическое недоразвитие (все произносимые звуки имеют ярко выраженный назальный оттенок; наиболее проблематичными являются звуки, требующие максимального небно-глоточного затвора (это все гласные) и звуки, требующие максимального ротового давления (согласные Б, Д, М, Н, Р) ; артикуляция всех согласных образуется в месте отсутствующего небно-глоточного

смыкания, звучание искажается и становится похоже на храпящее; звуковые замены отмечаются гораздо реже; также обращает на себя внимание нарушение взаимодействия артикуляторных и мимических мышц, что выражается в излишней мимике и наличии синкинезий в процессе артикулирования);

- нарушение фонематических процессов - фонематическое недоразвитие (фонетическое недоразвитие приводит к нарушению фонематических процессов: фонематического слуха и фонематического восприятия).

Выявленные механизмы позволили разработать программу по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОТКРЫТОЙ РИНОЛАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

3.1. Теоретическое обоснование, принципы и организация логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период

Во всех случаях при открытой ринолалии ведущим расстройством признается изменение тембра голоса - открытая назализация, придающая смазанное, глухое звучание всей речи. Основные задачи логопедической работы - нормализация резонанса, развитие природных голосовых данных детей, восстановление двигательной функции гортани и воспитание навыков правильного голосообразования.

Наличие имеющейся информации о путях коррекции значительно облегчают логопедическую работу, а разработанные программы являются хорошим подспорьем в совершенствовании фонетического оформления речи у детей с открытой ринолалией.

Программа *М. Е. Хватцева* (~1930-е гг.) [56] по коррекции органической открытой ринолалии в послеоперационный период разработана на личном опыте. В данной программе используются физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков; применяется механическая помощь (логопедические зонды); используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка неба ручным obturatorом. М. Е. Хватцев [56] рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъема мягкого неба и амплитуды качания мягкого неба при

произношении разных звуков. Исключение составляют сохранные звуки – их ставить не требуется.

А. В. Доросинская (2000) [21] предлагает комплексный ортофонический метод, который заключается в сочетании упражнений на развитие орального праксиса, дыхания и голоса, эффективность которого доказана ею в практике работы с большим количеством детей. Автором разработана методика фонологоритмики, являющаяся педагогически переосмысленной модификацией методики логоритмики в части ее содержательных компонентов и предполагающая междисциплинарный подход к коррекции нарушенных функций на основе интеграции средств методик фонопедии и логоритмики. Данная методика направлена на коррекцию двигательной функции всех компонентов речеголосообразующего аппарата и развития двигательной сферы. В основе занятий лежит принцип комплексного развития органов голосового и речевого аппарата в теснейшей взаимосвязи с развитием моторной сферы.

Важнейшей задачей, определяющей значимость фонологоритмической работы как одной из составляющих в коррекции голоса при наличии тесной функциональной взаимосвязи между двигательными компонентами голосовой функции и общей двигательной системой организма, является формирование у детей с открытой ринолалией двигательных навыков как основы развития голоса, перевоспитания и устранения голосовых нарушений.

Автор видит необходимость снятия напряжения с мышц речевого аппарата и перемещения позиции языка в передний отдел ротовой полости для появления направленной ротовой струи и нормализации речевого выдоха и, как следствие, уменьшения назализации, поэтому в процессе работы используются специфические движения и определенные позы ребенка. Например, ребенку предлагается встать «на четвереньки» и изобразить какого-нибудь животного. При этом все упражнения сопровождаются музыкой и эмоциональной окраской, что создает настроение и способствует более быстрому и легкому восприятию. Обязательным компонентом всех занятий

является игра на музыкальных инструментах, что способствует развитию музыкального слуха и чувства ритма.

Таким образом, коррекция произносительной стороны речи у детей с открытой ринолалией у А. В. Доросинской [21] реализуется за счет фонологоритмических занятий, целью которых является активация слаженной работы всех отделов речевого аппарата.

Большое значение имеет система, разработанная З. А. Репиной (2005) [46], основывающаяся на активизации мышц небно-глоточного затвора. Характерным для данной методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, соблюдение определенной последовательности отработки звуков, обусловленной артикуляционной взаимосвязанностью, использование «опорных». Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является производным базисом для формирования следующих. Используются так называемые «опорные» звуки.

З. А. Репина [46] в логопедической работе по коррекции произношения у детей с открытой ринолалией делает акцент на активизацию мышц небно-глоточного затвора. Небно-глоточный затвор – это жизненно-важный механизм, без которого невозможно развитие полноценного звукопроизношения, поэтому в послеоперационный период упражнения на активацию мышц мягкого неба играют важную роль в нормализации артикуляционной моторики, исправлении сформированных на дефектной основе дыхательных навыков.

Для придания мягкому небу большей эластичности и подвижности предлагается проводить пассивный и активный пальцевый массаж. Поглаживающий и вибрационный виды массажа рекомендованы для стимуляции челюстно-подъязычных, небных и глоточных мышц. Для развития звучности голоса и его модуляции используется фонационная гимнастика с массажем биологически активных точек.

Помимо массажа для активации деятельности этих мышц предлагается гимнастика, в которую входят упражнения, активно включающие в движение небно-глоточные мышцы, делая их упругими, эластичными и увеличивая объем мышц глотки, что усиливает небно-глоточное смыкание и, как следствие, уменьшает назализацию. Особое внимание уделяется гимнастике, направленной на стимуляцию движений нижней челюсти.

Таким образом, коррекция произносительной стороны речи у детей с открытой ринолалией у З. А. Репиной [46] реализуется за счет активизации мышц небно-глоточного затвора.

Цель формирующего эксперимента — апробировать задания и упражнения, направленные на коррекцию произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией. Для того, чтобы скорректировать произносительную сторону речи у дошкольников с открытой ринолалией был проведен формирующий эксперимент, который проходил с **29 октября 2018 года по 2 декабря 2018 года** и с **11 марта 2019 года по 29 апреля 2019 года** на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум", г. Екатеринбург. Занятия проводились со всеми детьми, принявшими участие констатирующем эксперименте. Форма занятий была индивидуальная (три раза в неделю) и подгрупповая (подгруппа по три человека, один раз в неделю). Индивидуальные занятия включали работу по развитию небно-глоточного смыкания, развитию фонематических процессов, коррекции дефектных звуков, устранению назализации; групповые занятия включали работу над дыханием и просодической стороной речи. В общей сложности за весь период формирующего эксперимента было проведено 108 индивидуальных занятий по 25 минут каждое и 36 подгрупповых занятий по 25 минут каждое.

На основе анализа теоретической и методической литературы, а также данных анализа констатирующего эксперимента разработана коррекционная

программа по преодолению ФФНР у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Основная задача логопедической работы при открытой ринолалии – устранение фонетико-фонематического недоразвития у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

Исходя из клинической структуры, а также из структуры речевого дефекта при открытой ринолалии были сформированы **принципы логопедической работы**:

1. *Принцип использования физиологического дыхания*, которое постепенно перевоспитывается в речевое с ротовым выдохом.
2. *Принцип определенной последовательности работы над звуками*. Звуки речи взаимосвязаны и поэтому нормально звучащие звуки одной группы являются базой для формирования следующих звуков.
3. *Принцип использования специальной артикуляционной гимнастики*. Избегание артикуляционных упражнений, которые не являются основой каких-либо звуков. Выполнение упражнений без напряжения.
4. *Принцип незнания ребенком, над каким звуком будет проводиться работа*.
5. *Принцип использования специально подобранного речевого материала*. Освоение и закрепление артикуляции протекает более благополучно, если в предлагаемом ребенку речевом материале отсутствуют звуки, близкие к тем, которые прорабатываются в данный момент, а также звуки, которые ребенок еще не освоил. Например, при работе над звуком *ш*, в речевом материале не должно быть звуков *с*, а также *л*, *л'*, *р* и *р'* (если эти звуки отсутствуют в речи ребенка).
6. *Принцип комплексности*. Данный принцип предусматривает комплексную работу медико-психолого-педагогического персонала, а также семьи в реабилитации детей.
7. *Принцип системности*. Данный принцип предполагает взаимосвязь между развитием речи и высших психических функций, а именно, что высшие

психические функции являются психологической основой речи. Таким образом, воздействуя на речь, мы также воздействуем и на другие психические процессы.

8. *Принцип* сочетания коррекции произношения и навыков звукового анализа. Данный принцип предполагает освоение детьми навыков звукового анализа сначала на примере сохранных звуков, а затем коррегируемых.

Опираясь на вышеперечисленные принципы, были разработаны *основные направления логопедической работы с дошкольниками с открытой ринолалией в послеоперационный период*:

1. Коррекция физиологического и фонационного дыхания.
2. Развитие полноценного небно-глоточного смыкания.
3. Развитие слухового внимания.
4. Развитие фонематических процессов.
5. Формирование базовых артикуляционных укладов и артикуляционных движений.
6. Коррекция звукопроизношения.
7. Нормализация просодической стороны речи.
8. Автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.

Все вышеуказанные направления работы были реализованы на основе *программы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период*.

3.2 Содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период

Работа проводилась поэтапно:

I этап. Подготовительный.

Задачи:

- коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- развитие полноценного небно-глоточного смыкания;
- развитие слухового внимания;
- развитие фонематических процессов;
- формирование базовых артикуляционных укладов и артикуляционных движений.

Коррекция физиологического и фонационного дыхания.

Работа по развитию физиологического дыхания направлена на устранение ключичного типа дыхания и формирование диафрагмального, которое является более благоприятным для правильного речевого дыхания, поскольку именно диафрагмальное дыхание создать хорошую опору дыханию, что способствует длительному и плавному выдоху. В процессе отработки специальных упражнений в работу включается диафрагма, которая регулирует объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, что способствует спокойному ровному дыханию без напряжения. Необходимо следить, чтобы у ребенка не возникало напряжения в шейно-воротниковой зоне. Развитие фонационного или речевого дыхания необходимо для правильного произнесения звуков речи.

Упражнения.

Коррекция физиологического дыхания.

Воздушный шарик (М. Е. Хватцев).

Ребенок лежит на кровати, мышцы максимально расслаблены, и под чтение стихотворения логопед показывает движения, которые затем ребенок должен выполнить сопряженно.

Вот мы шарик надуваем,

Воздух носом набираем (живот надувается),

Шарик сдулся – вот беда,

Воздух вышел изо рта.

Когда ребенок начинает выполнять упражнение, надувать шарик-животик, необходимо следить за тем, чтобы во время вдоха поднималась передняя стенка живота, а грудная клетка оставалась максимально неподвижной. Сдувают шарик (производят выдох) плавно, по возможности длительно, передняя стенка живота медленно втягивается и принимает обычное положение.

Возможные модификации.

“Надуй шарик”.

Повтор упражнения в положении сидя по-турецки, руки положить на колени.

“Задувай свечу”.

В положении сидя по-турецки руки положить на колени. Медленный глубокий вдох через нос (живот надувается) и интенсивные короткие выдохи через рот по схеме: выдох- выдох-добор воздуха через нос-выдох-выдох-выдох.

После того, как упражнения усвоены в положении сидя, можно переходить к выполнению движения в положении стоя.

Коррекция фонационного дыхания.

1. Дует на ватку или перышко (М. Е. Хватцев).

Перед ребенком привязанная к нитке ватка или перо. Логопед держит нитку и просит ребенка подуть на ватку так, чтобы та каждый раз отлетала.

Возможная модификация:

“Заведи мотор”.

На столе перед ребенком машинка и вертушка. Логопед просит ребенка подуть на вертушку, чтобы завести мотор машины.

2. Пузыри (М. Е. Хватцев).

Перед ребенком емкость с водой и две трубочки. Логопед берет одну трубочку, опускает в воду и делает пузыри. Затем просит ребенка повторить за ним.

Возможная модификация:

“Загони кораблик”

На столе перед ребенком трубочка, емкость с водой, в воде кораблик. Логопед просит ребенка направить трубочку на кораблик и подуть. Таким образом ребенок может управлять корабликом и помочь доплыть ему до края.

3. Воздушный футбол (М. Е. Хватцев).

На столе перед ребенком лоток и легкий пластиковый шарик. Логопед просит ребенка, без помощи рук (только посредством воздушной выдыхаемой струи) загнать мячик в ворота.

Возможная модификация:

Можно выполнять это упражнение на сопротивление, когда ребенок пытается загнать мячик в кубик, а логопед ему мешает.

Развитие полноценного небно-глоточного смыкания.

К занятиям приступают не ранее, чем на двадцать первые сутки после операции. После устранения анатомо-физиологического дефекта начинается работа по активизации небной занавески и развитию подвижности мышц небно-глоточного кольца. Этому хорошо способствует массаж мягкого и твердого неба, однако помимо массажа мягкого и твердого неба рекомендуется проводить специальную гимнастику для развития подвижности мышц мягкого неба. Такая гимнастика помогает создать благоприятный фон для формирования точной и координированной работы мышц небно-глоточного кольца, необходимых для развития полноценного звучания голоса.

Упражнения.

Пассивная гимнастика.

1. Глотание (М. Е. Хватцев).

Цель: стимуляция поднятия мягкого неба.

Логопед капает жидкость из пипетки на корень языка, голова ребенка при этом несколько откинута назад, затем небольшими порциями заливает жидкость в рот ребенку.

2. Надавливание шпателем на корень языка (М. Е. Хватцев).

Цель: стимуляция поднятия мягкого неба.

Логопед шпателем надавливает ребенку на корень языка таким образом, чтобы вызвать *небольшой* рвотный рефлекс.

Активная гимнастика.

1. Полоскание (М. Е. Хватцев).

Цель: стимуляция поднятия мягкого неба.

Логопед просит ребенка пополоскать горло с запрокинутой головой.

2. Покашливание (М. Е. Хватцев).

Цель: рефлекторное сокращение мышц задней стенки глотки и развитие полноценного небно-глоточного смыкания.

Логопед просит ребенка произвольно покашлять, при этом покашливание производится не на уровне гортани, как это делается, когда присутствуют неприятные ощущения в горле, а на уровне мягкого неба. Сначала покашливание производится с высунутым языком. Воздушный поток при этом направляется в ротовую полость; таким образом, выполняя задание, помимо активизации мягкого неба, дети тренируются в выработке направленной воздушной струи.

3. Позевывание (М. Е. Хватцев).

Цель: улучшение кровообращения головного мозга и усиление оттока венозной крови.

Логопед просит ребенка позевать, повторить три раза.

4. Гласные на твердой атаке (М. Е. Хватцев).

Цель: увеличение давления в ротовой полости и уменьшение носовой эмиссии.

Логопед просит ребенка утрированно произносить гласные А-Э-О на твердой атаке, повторить три раза.

Развитие слухового внимания.

Работа направлена на развитие способности сличать и различать неречевые, музыкальные звуки и шумы, а также на расширение и удержание объема слуховой информации. Такая работа подготавливает детей к различению и выделению на слух речевых единиц: слов, слогов, звуков.

Упражнения.

1. Что звучит? (З. А. Репина).

Цель: формирование умения различать звучание простейших музыкальных инструментов, развитие слуховой памяти.

Логопед воспроизводит звучание одного из инструментов, но ребенок не видит, какого (*дудочка, барабан, колокольчик и др.*) Прослушав, ребенок воспроизводит это звучание.

Возможная модификация упражнения:

“Найди пару”

Цель: развитие слухового внимания, дифференциация неречевых шумов.

На столе перед ребенком разложены одинаковые коробочки (*внутри коробочек горох, песок, спички, монетки и др., коробочки наполнены таким образом, что каждая имеет пару*). Ребенку предлагается разобрать коробочки по парам, одинаково звучащим.

2. Где звучит? (З. А. Репина).

Цель: определение места звучащего предмета, развитие направленности слухового внимания.

1 вариант Дети закрывают глаза. Логопед тихо встает в стороне (*сзади, спереди, слева, справа*) и звенит в колокольчик. Дети не открывая глаза, рукой указывают, откуда доносился звук.

2 вариант. Дети садятся в разных местах, выбирается водящий, ему закрывают глаза. Один из детей по знаку логопеда хлопает в ладоши, водящий должен определить, кто хлопал.

3. Подбери картинку (З. А. Репина).

Цель: развитие слухового внимания и восприятия на речевом материале.

Логопед раскладывает перед ребенком или перед детьми ряд картинок с изображением животных (*пчела, жук, кошка, собака, петух, волк и др.*) и воспроизводит соответствующие звукоподражания. Далее детям дается задание определить по звукоподражанию животного и показать картинку с его изображением.

Игра может проводиться в двух вариантах:

- а) с опорой на зрительное восприятие артикуляции;
- б) без опоры на зрительное восприятие (*губы логопеда закрываются*).

Развитие фонематических процессов.

Работа направлена на формирование умения узнавать наличие определенного звука в слове, различать между собой слова, состоящие из одних и тех же фонем (банка – кабан, кот – ток), различать слова, отличающиеся одной фонемой (миска-мишка, каска-кашка).

Упражнения.

1. Поймай звук (З. А. Репина).

Цель: сформировать умение выделять заданный звук на фоне другого звука, слога, слова.

1 вариант. Логопед называет разные звуки, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит заданный звук.

2 вариант. Логопед называет разные слоги, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слог с заданным звуком.

3 вариант. Логопед называет разные слова, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слово, в котором есть заданный звук.

2. Найди место звука (З. А. Репина).

Цель: сформировать умение находить место заданного звука в слове.

Логопед называет слова с заданным звуком. Ребенок должен определить, где находится заданный звук: в начале слова, в середине или в конце.

2 вариант. Логопед просит ребенка придумать слова, в названии которых есть заданный звук.

3 вариант. Логопед просит ребенка придумать слова, принадлежащих определенной категории (животные, транспорт, еда), в названии которых есть заданный звук.

3. Раздели картинки (З. А. Репина).

Цель: сформировать умение определения наличия звука в слове.

Перед ребенком разложены картинки с изображением различных предметов, задача ребенка отобрать в одну стопку картинки с изображением предметов, в названии которых есть заданный звук, а в другую - картинки с изображением предметов, в названии которых нет заданного звука.

Возможные модификации упражнения:

“Корзинка с покупками”.

У ребенка в руках игрушечная корзинка, а на столе разложены предметы, которые ребенок будет “покупать”. Задача ребенка отобрать в корзинку только те предметы, в названии которых есть заданный звук.

“Животные”.

На столе перед ребенком расположены фигурки животных. Задача ребенка оставить только тех животных, в названии которых есть заданный звук.

Формирование базовых артикуляционных укладов и артикуляционных движений.

Базовая артикуляционная гимнастика необходима для формирования дальнейших, более сложных артикуляционных укладов, ее формирование заключается в освоении основных позиций языка: дорсальной, вакуминальной, альвеолярной, заднеязычной (см. приложение). Для реализации этих позиций необходимо наличие широкого распластанного языка и сильной выдыхаемой воздушной струи.

Дорсальная позиция: язык направлен вниз, обеспечивает образование звуков нижнего подъема (С, З, Ц).

Вакуминальная позиция: язык направлен вверх, обеспечивает образование звуков верхнего подъема (Ш, Ж, Ч, Щ).

Альвеолярная позиция: обеспечивает образование сонора [Р]. Для сонора [Л] необходимо отработать подъем кончика языка к верхним резцам.

Заднеязычная позиция: перевод нижнего положения языка в заднеязычную взрывную позицию, необходим для правильного произнесения звуков [К], [Г] и щелевого звука [Х].

Сначала овладеваем рядом артикуляционных движений, а затем переходим к серии последовательных движений, выполняемых четко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль. Такая последовательность движений направлена на формирование четких кинестезий и тем самым способствует уменьшению диспраксических нарушений. Описание упражнений см. в приложении.

Упражнения.

1. Упражнения для дорсальной позиции: «Забор» – «Окно» – «Горка» (З. А. Репина).

Логопед показывает серию упражнений, а ребенку необходимо повторить.

2. Упражнения для вакуминальной позиции: «Забор» – «Окно» – «Лопата» – «Лопата+ выдох» – «Вкусное варенье» – «Чашечка» – «Лопата + выдох» – «Чашечка + выдох» (З. А. Репина).

Логопед показывает серию упражнений, а ребенку необходимо повторить.

3. Упражнения для альвеолярной позиции: «Забор» – «Окно» – «Иголка» – «Качели» – «Маляр» (З. А. Репина).

Логопед показывает серию упражнений, а ребенку необходимо повторить.

4. Упражнения для заднеязычной позиции: «Забор» – «Окно» – «Горка» – «Горка + выдох» (З. А. Репина).

Логопед показывает серию упражнений, а ребенку необходимо повторить эту серию.

II этап. Основной.

Задачи:

- постановка дефектных звуков;
- автоматизация поставленных звуков;
- дифференциация смешиваемых в произношении звуков.

Постановка дефектных звуков.

1. По подражанию (З. А. Репина).

Первый и самый простой способ коррекции звукопроизношения. При данном способе постановки внимание ребёнка фиксируется на движениях,

положениях органов артикуляционного аппарата и звучании фонемы. Образцом для подражания является изолированный звук или звук в слоге в речи логопеда.

2. От опорного звука (З. А. Репина).

В основе приема - использование артикуляционного родства определённых звуков.

3. Механический (З. А. Репина).

Данный способ предполагает использование вспомогательных средств: шпателей, зондов, пальцев логопеда или ребёнка. Этот способ используется, когда ребёнку бывает недостаточно зрительного, слухового и тактильно-вибрационного контроля. Используя некоторую исходную артикуляцию, логопед с механической помощью корректирует положение органов артикуляции.

4. От артикуляционной гимнастики (З. А. Репина).

Наиболее эффективный способ постановки нарушенных звуков, позволяющий качественно отработать недостающие элементы уклада, сформировать устойчивые кинестетические ощущения. Для каждого звука разработан специальный комплекс артикуляционной гимнастики (см. Приложение ...).

Автоматизация поставленных звуков.

1. Закрепление артикуляции (З. А. Репина).

Закреплению артикуляционно – акустического образа звука помогают специальные карточки-схемы.

2. Анализ артикуляционных поз (З. А. Репина).

Корректируемый звук связывается с буквой и анализируется по таким характеристикам, как:

гласный или согласный,

положение языка,

положение губ,

положение зубов.

3. Анализ акустических признаков (З. А. Репина).

Корректируемый звук анализируется по таким характеристикам, как:

твёрдость-мягкость,

звонкость-глухость.

4. Развитие фонематического восприятия (З. А. Репина).

Звук включается в фонематический анализ сначала в начале слова, затем в середине слова, затем в стечении согласных и в последнюю очередь в конце слова.

Дифференциация смешиваемых в произношении звуков.

1. Выделение смешиваемых звуков из состава слова (З. А. Репина).

Сначала смешиваемые звуки сравниваются по артикуляционным и акустическим признакам, указанным выше. Акцент делается не на схожих, а на различных признаках.

2. Дифференциация звуков в словах-паронимах (З. А. Репина).

Подбирается пара слов-паронимов. Одно слово разбирается по семантике и по звуковому составу слова. Затем в этом слове заменяется звук (и карточка-буква), который ведет к изменению значения слова на другое (из этой пары). Внимание ребенка привлекается к тому, что изменение звука в слове ведет к изменению смысла слова. Необходимо проработать три-четыре пары паронимов.

3. Дифференциация в предложениях (З. А. Репина).

Подбирается специальный речевой материал, насыщенный корректируемыми звуками. Происходит морфологический анализ предложения (устный и графический) и лексический анализ предложения (устный и графический).

Далее дифференциация переходит в связную речь и отрабатывается на заключительном этапе.

III этап. Заключительный.

Задачи:

- нормализация просодической стороны речи;
- автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.

Нормализация просодической стороны речи.

Устранение назального оттенка голоса.

Голосовая терапия имеет конечной целью получение звонкого “полетного” звучания голоса и закрепление его в самостоятельной речи ребенка. Для осуществления этих целей проводится подготовительная работа по усилению небно-глоточного смыкания, активизации диафрагмальных мышц и формированию целенаправленного ротового выдоха. Непосредственно голосовая терапия состоит из фонопедических упражнений, а также уточнения артикуляции гласных звуков. Такие упражнения способствуют активизации мускулатуры всего гортано-глоточного аппарата.

Упражнения.

1. Пропевание гласных (М. Е. Хватцев).

Обучение навыкам правильного голосоведения начинается с пения гласных звуков. Вначале дети учатся петь гласные [а] и [о], затем прибавляется звук [э]. Последними в работу включаются звуки [и] и [у]. Упражнения начинаются с изолированного произнесения гласных, затем переходят к пропеванию их сочетаний. Количество гласных в сочетаниях постепенно увеличивается до трех. Приводим пример подобных упражнений:

А АО АЭ АИ АУ АОЭ АЭО АОИ АЭУ
О ОА ОЭ ОИ ОУ ОАЭ ОЭА ОАИ ОЭУ
Э ЭА ЭО ЭИ ЭУ ЭАО ЭОА ЭАИ ЭОУ
И ИА ИО ИЭ ИУ ИАО ИОА ИЭА ИАЭ
У УА УО УЭ УИ УАО УОА УЭО УОЭ

Возможные варианты выполнения.

Стоя, сделать вдох, на выдохе кулаками бить в грудь, изображая индейца, и пропевать поочередно гласные: [а], [о], [э], [и] [у].

Стоя, сделать вдох, руки на поясе на выдохе произносить отрывисто, но с максимальной силой поочередно гласные: [а], [о], [э], [и] [у]. Затем упражнение повторяется с произнесением серии гласных:

ААА

ООО

ЭЭЭ

ИИИ

УУУ

Лежа на спине, спина округлена, ноги согнуты, руками взяться за голень чуть ниже колена и привести ноги к груди. Катаясь на спине вперед-назад произносить ХАММА (сначала тихо, затем чуть громче, затем еще громче).

2. Проговаривание текста с зажатым носом (М. Е. Хватцев).

Для выполнения упражнения подбирается различный речевой материал или берется тот, который используется для автоматизации только что поставленного звука. Логопед зажимает нос ребенку, задача ребенка проговорить текст на максимальном фонационном дыхании. Сначала текст проговаривается очень тихо, почти шепотом, затем громче и еще громче. Необходимо следить за тем, чтобы ребенок читал текст медленно, проговаривая каждый звук.

Пример текста:

Ах! Больной я! Ай, ай, ай!

Молока мне, мама, дай.

Мало, мало, поскорей

Молока еще налей.

3. Фонологоритмические упражнения (А. В. Доросинская).

В основе таких упражнений лежит совместная работа органов голосового и речевого аппарата с крупной моторикой.

Возможные варианты выполнения.

“Гимнастика”

— стоя, поднять руки через стороны вверх, потянуться, сделать вдох, опуская руки петь [а] на выдохе;

- стоя, руки опущены вдоль туловища, поднять руки вверх, сделать глубокий вдох, наклонить туловище вперед, опускать руки с пением гласного [о];
- стоя, руки на поясе, сделать вдох, на выдохе петь [э], вытягивая вперед сомкнутые в ладонях руки, имитируя движения пловца.

“Лыжник”.

Стоя, ноги согнуты в коленях, руки согнуты, локти приведены к туловищу. Имитируя движения лыжника, производить попеременно движения правой и левой руки одновременно проговаривая счет от одного до десяти (каждому счету соответствует движение руки).

“Скакалка”.

Прыгать на двух ногах и одновременно проговаривать стихотворение, в котором количество ударных слогов совпадает с количеством прыжков:

сО скакАлкой Я скачУ,
 НАучИться ЯхочУ
 ТАк владЕть дыхАньем, чтОбы
 ЗвУк держАть онО могло бы,
 ГлУбоко, ртмИчно бЫло
 ИменЯнеПодводИло.
 Я скачУ без пЕредЫшки
 И не чУвствую одЫшки,
 ГОлос звУчен. льЕтся рОвно,
 И не прыГаЮя слОвно.
 РАз-два) РАз-два! РАз-два! РАз!..
 МОжно прыГать цЕлый чАс...

Если выполнение упражнения дается слишком тяжело, можно начинать его выполнение не с прыжков, а стоя на месте с махами рук (круговые вращения рук вперед в локтевых суставах имитируют движение со скакалкой), затем махи руками можно заменить на марш.

Развитие мелодико-интонационной выразительности.

Работу следует проводить на материале стихотворений, басен, песенок, сказок.

Упражнения для развития интонации:

- произнесение пппп (как будто хотим остановить лошадь) сначала от низкого голоса к высокому (сопровождается движением руки снизу на верх), затем от высокого голоса к низкому (сопровождается движением руки сверху вниз);
- пропевание нот (или отдельных гласных) под сопровождение пианино, сначала от *до* к *си*, затем от *си* к *до* (упражнение может сопровождаться движением руки с фиксацией на каждой ноте).

Упражнения для развития логического ударения:

- проговаривать фразу, выделяя поочередно каждое слово;
- “вопрос-ответ” (подбираются специальные тексты, лучше в стихотворной форме). Сначала логопед задает вопрос, а ребенок отвечает, затем наоборот. Необходимо следить за тем, чтобы вопрос произносился коротко, интонация шла наверх, а ответ произносился протяжно, интонация шла вниз.

Развитие темпо-ритмической стороны речи:

- повторение ритмического рисунка (с помощью хлопков, постукиваний по столу, музыкальных ударных инструментов и т.д.);
- чтение стихов с различными ритмическими рисунками и в различных стихотворных размерах (упражнение хорошо сочетать с движениями рук и ног).

Автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.

В работе над автоматизацией звуков следует придерживаться строгой последовательности, переходя от простых видов речевой деятельности к более сложным. Постепенно идет усложнение лексического материала.

Начинается работа с повторения слов за логопедом. Повторение слогов нельзя назвать в полном смысле автоматизацией, т. к. в большинстве случаев вызывание звука происходит уже непосредственно в слоге.

Впоследствии детям предлагают отраженно повторять скороговорки, рассказы, стихи. Более сложными являются задания по пересказу усвоенного материала, составлению рассказа по картинке или серии картинок.

Подбор дидактического материала для автоматизации звуков у детей с ринолалией представляет определенную сложность, т. к. в начале вводятся в речь губные и взрывные переднеязычные. Свистящие и шипящие к этому времени отсутствуют. Для автоматизации необходимо подбирать слова, фразы и тексты, по возможности не содержащие дефектные звуки.

Интересный лексический материал для автоматизации губных и переднеязычных звуков, разработанный специально для детей с ринолалией, представлен у И. И. Ермаковой [22], а также Г. В. Чиркиной [58].

На рисунках 3а и 3б представлена модель логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период. Данная модель представляет наглядное графическое изображение содержания логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период. В модели отображены все разделы логопедической работы в соответствии с этапами.

Данная модель может быть использована в качестве плана логопедической работы, может размещаться в уголке логопеда как наглядное пособие, а также использоваться в качестве раздаточного материала для логопедов на семинарах, мастер-классах, консультациях и т.д.

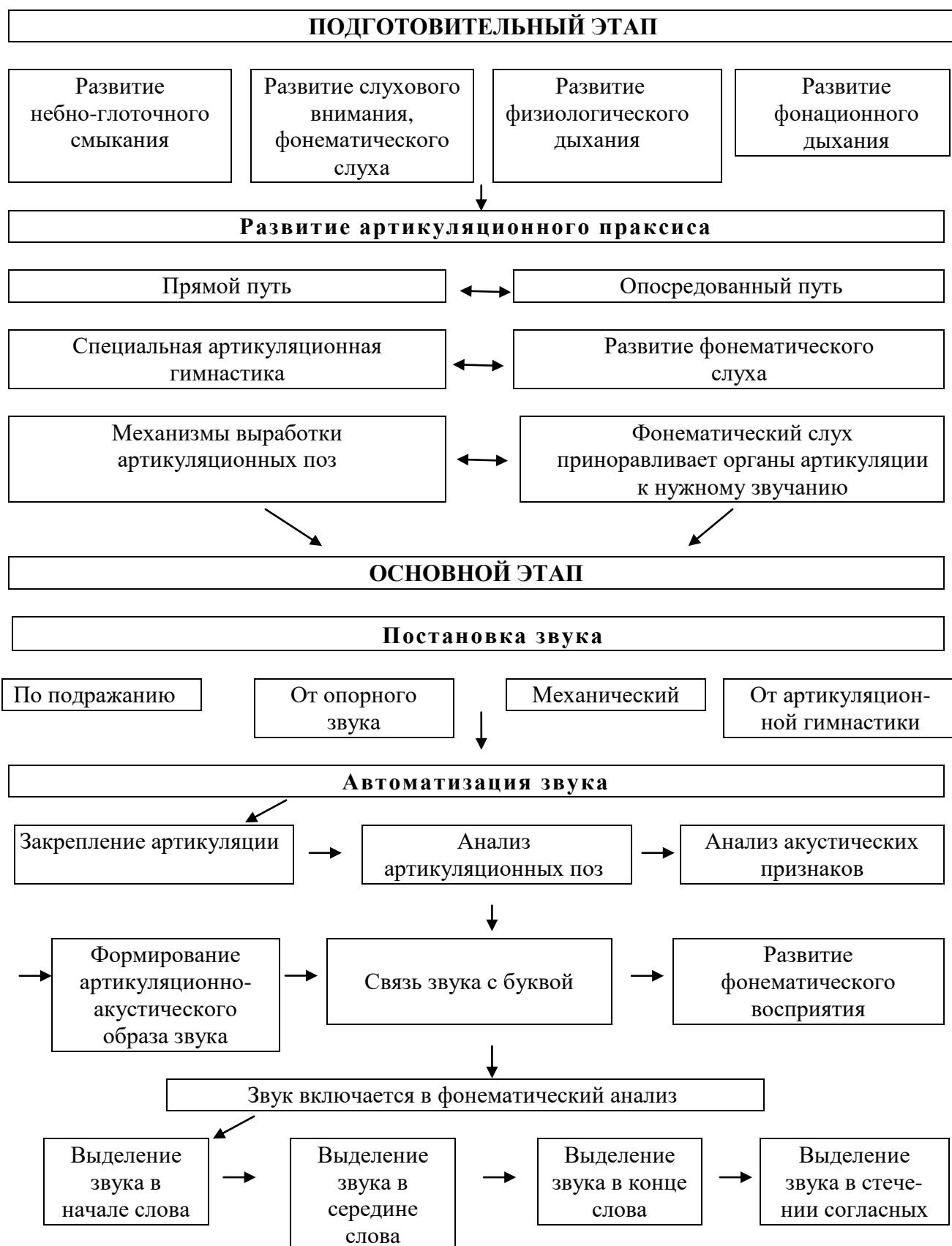


Рис. 3 а Модель логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период

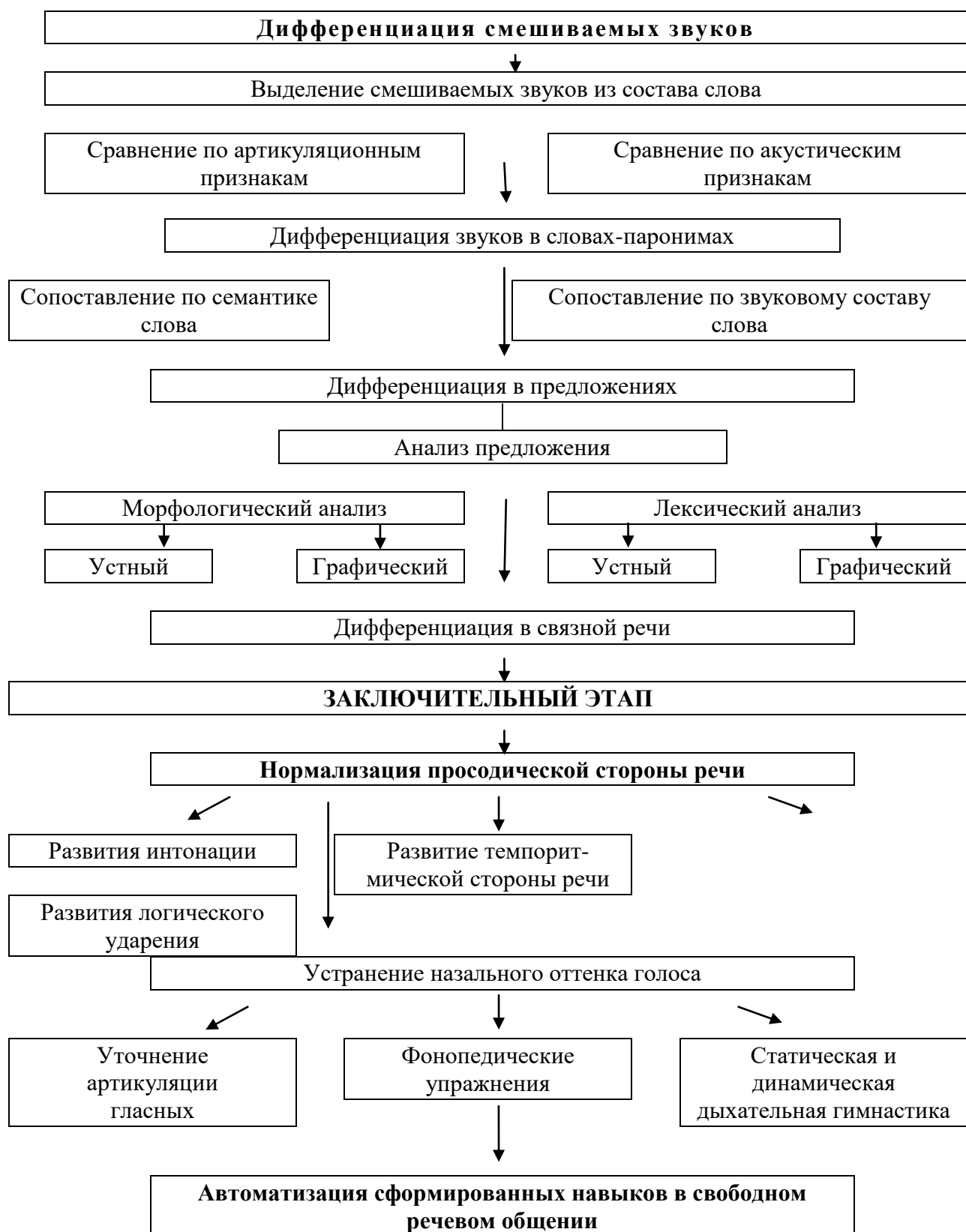


Рис. 3 б Модель логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период

3.3. Контрольный эксперимент

На этапе контрольного эксперимента, который проводился с **29 апреля по 10 мая 2019 года** на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области "Многопрофильный клинический медицинский центр "Бонум", г. Екатеринбург., были получены и проанализированы результаты логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период. Для проведения контрольного обследования была использована методика Н. М. Трубниковой [52]. В контрольном эксперименте принимало участие десять детей, которые в ходе констатирующего эксперимента были разделены на две группы. Первая группа – это дети с открытой ринолалией:

Ева Л., 6 лет.

Саша Е., 6,9 лет.

Настя М., 5,5 лет.

Савва Е., 6 лет.

Вторая группа – это дети с открытой ринолалией и дизартрией:

Егор А., 6 лет.

Сема С., 5,5 лет.

Наринэ А., 6 лет.

Никита Н. 6,5 лет.

Степа Н., 6,5 лет.

Лева В., 6,10.

Результаты констатирующего эксперимента показали следующее:

1. Наибольшая динамика была отмечена в коррекции фонематического слуха и восприятия, что обусловлено вторичностью его нарушения, а также первичной сохранностью слухового анализатора. *Результаты не зависят от клинической структуры дефекта.*

2. Достаточно хорошая динамика была отмечена в развитии моторики артикуляционного аппарата, особенно у детей, которые в структуре клинического дефекта имеют только ринолалию. У детей, которые в структуре клинического дефекта имеют дизартрию, отмечилась более низкая динамика в развитии моторики артикуляционного аппарата, что обусловлено нарушением иннервации. Следовательно, этим детям требуется дополнительно провести работу по нормализации мышечного тонуса.

Результаты зависят от клинической структуры дефекта.

3. Более низкая динамика была отмечена в коррекции звукопроизношения, что обусловлено тяжестью речевых нарушений при открытой ринолалии. Важно отметить, что динамика в первой и второй группах оказалась различной. У детей первой группы работа по коррекции звукопроизношения протекала более ровно, чем у детей второй группы. У детей с дизартрией работа по постановке шипящих и свистящих звуков потребовала больше времени и показала меньшие результаты, чем работа над другими звуками. Также у первой группы развитие физиологического дыхания прошло успешнее, чем у второй (причина – нарушение иннервации).

Результаты зависят от клинической структуры дефекта.

4. Самая низкая динамика отмечилась в коррекции просодических компонентов речи, что обусловлено сложными анатомо-физиологическими особенностями детей с открытой ринолалией и требует более длительной работы. Необходимо отметить, что результаты работы по этому направлению тоже не оказались одинаковыми. Работа над мелодико-интонационной выразительностью у детей второй группы показала меньшие результаты в сравнении с первой группой. Это обусловлено тем, что у детей второй группы голос более слабый и меньше поддается голосовым модуляциям, чем громкий голос (у первой группы). Одинаковые результаты показала работа по устранению назализации (обусловлено схожестью анатомо-физиологических особенностей в обеих группах), а также работа по развитию логического ударения и темпо-ритмической стороны речи. Это направление в

коррекции просодических компонентов показало лучшие результаты, что обусловлено сохранностью ритмической организации речи. *Результаты зависят от клинической структуры дефекта.*

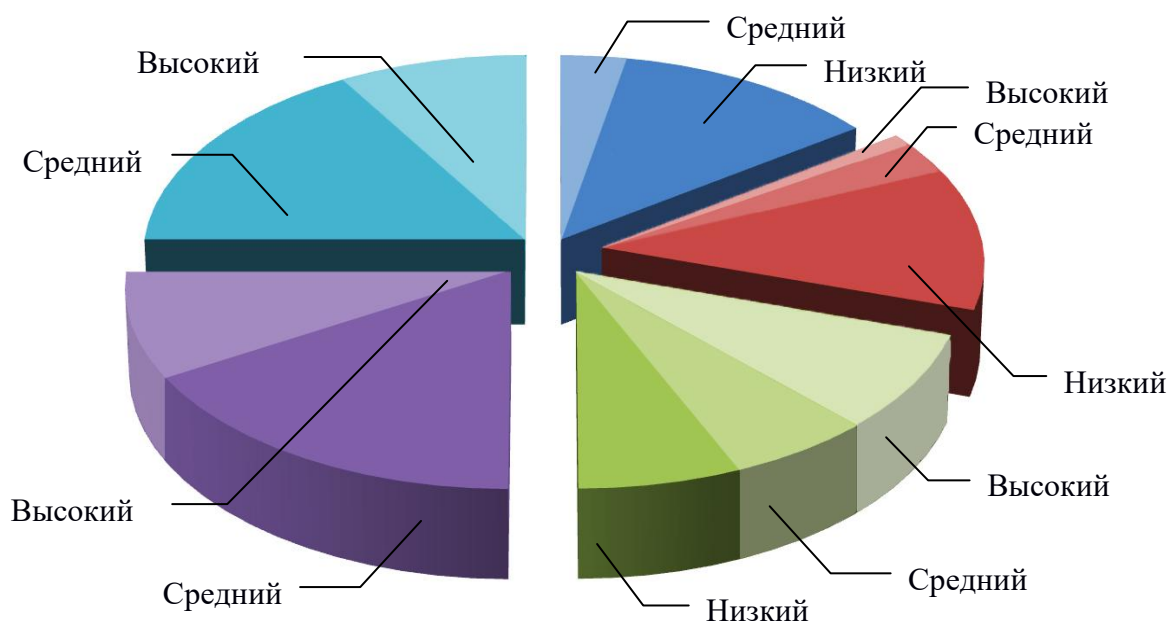
В целом, можно отметить, что, по результатам контрольного эксперимента после логопедической работы состояние произносительной стороны речи улучшилось, но для детей, у которых в структуре речевого дефекта присутствует дизартрия, необходимы дополнительные упражнения на нормализацию тонуса мышц артикуляционного и речевого аппарата. Количественный анализ сравнительных результатов констатирующего и контрольного экспериментов приведены в таблице 6.

Таблица № 6

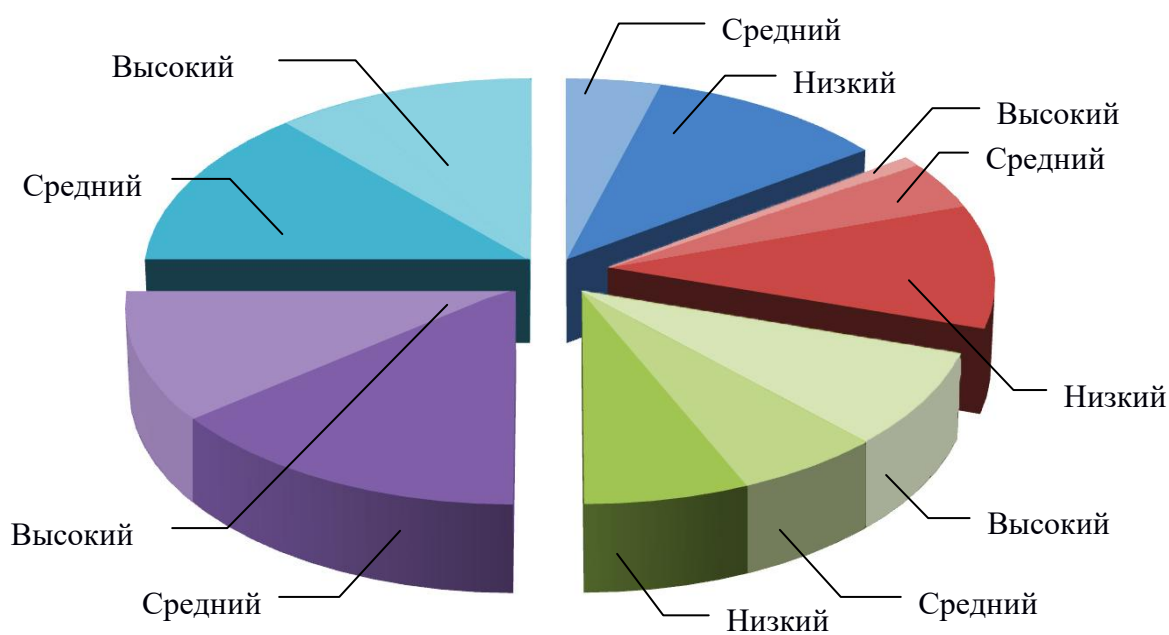
Результаты контрольного эксперимента

Имя	Обследование моторики артикуляционного аппарата		Состояние звукопроизношения		Состояние просодических компонентов		Исследование фонематического слуха и восприятия	
	<i>в левой колонке указаны результаты до проведения логопедической работы, в правой – после проведения логопедической работы</i>							
Егор	86	90	14	16	0,5	1	23	28
Сема	102	106	8	9	0,5	1	38	45
Ева	139	150	24	25	3	3	39	44
Саша	92	100	13	15	1	2,5	24	33
Настя	135	145	23	25	4	4	37	47
Савва	123	130	14	16	2	2,5	32	45
Наринэ	71	75	14	15	0,5	1	20	27
Никита	84	92	14	16	1	2	20	28
Степа	97	106	12	14	0,5	1,5	21	27
Лева	67	70	14	14	0,5	1	18	22

Сравнительные результаты констатирующего и контрольного экспериментов отображены на рисунке 2, на котором изображены два графика. Каждый из графиков состоит из пяти частей, соответствующих состоянию звукопроизношения, просодических компонентов, моторики артикуляционного аппарата, фонематического слуха и восприятия, а также строению артикуляционного аппарата. На основании набранных баллов по каждому из параметров выделены уровни.



Констатирующий эксперимент



Контрольный эксперимент

- Состояние звукопроизношения
- Состояние просодических компонентов речи
- Строение артикуляционного аппарата
- Состояние моторики артикуляционного аппарата
- Состояние фонематического слуха и восприятия

Рис. 2. Результаты констатирующего и контрольного экспериментов

Выводы по главе 3

На основе изучения теоретической литературы были сформулированы принципы и разработано содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период. С опорой на принципы, были разработаны основные направления логопедической работы:

1. Коррекция физиологического и фонационного дыхания.
2. Развитие полноценного небно-глоточного смыкания.
3. Развитие слухового внимания.
4. Развитие фонематических процессов.
5. Формирование базовых артикуляционных укладов и артикуляционных движений.
6. Коррекция звукопроизношения.
7. Нормализация просодической стороны речи.
8. Автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.

Данная программа была апробирована на детях с открытой ринолалией, а также на детях с открытой ринолалией и дизартрией. Всем детям были предложены одинаковые упражнения. Результаты контрольного эксперимента показали положительную динамику у всех испытуемых, однако эта динамика оказалась различной для двух групп. Разница в результатах обусловлена разницей в клинической структуре дефекта. У второй группы детей из-за нарушения иннервации по ряду направлений был отмечен более низкий прогресс, чем у первой группы. В целом можно сказать, что произносительная сторона речи стала лучше у всех испытуемых, но дети с ринолалией и дизартрией нуждаются в нормализации мышечного тонуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, цель исследования - разработать, теоретически обосновать и апробировать содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период - была достигнута посредством реализации поставленных задач.

В рамках решения первой задачи был осуществлен анализ теоретической и методической литературы по проблеме исследования. В результате этого анализа были выявлены существенные отличия дошкольников с открытой ринолалией от нормотипичных детей, что поставило перед необходимостью определить состояние произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

В рамках решения второй задачи было проведено и проанализировано экспериментальное изучение произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией. Для исследования были использованы следующие методики: методика исследования моторики артикуляционного аппарата, методика исследования фонематического слуха и восприятия, методика исследования звукопроизношения и просодических компонентов языка. В каждой из перечисленных методик отмечалось, насколько успешно справился ребенок с конкретным заданием, и на основе этих данных строилась логопедическая работа по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией. В результате проведенного эксперимента были выявлены механизмы, вызывающие ФФНР у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период:

- нарушенная деятельность мышц мягкого неба;
- измененное положение и мышечный тонус языка;
- измененное состояние речевого дыхания;

- нарушенное звукопроизношение (фонетическое недоразвитие);
- нарушение фонематических процессов (фонематическое недоразвитие).

Выявление этих механизмов позволило разработать программу по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период.

В рамках решения третьей задачи на основе анализа теоретической и методической литературы, а также данных констатирующего эксперимента было разработано и апробировано содержание логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи у дошкольников с открытой ринолалией в послеоперационный период. На начальных этапах проводилась работа над физиологическим дыханием, которая дала базу для формирования правильного речевого дыхания, особое внимание уделялось упражнениям на развитие полноценного небно-глоточного смыкания, после чего можно было переходить к коррекции нарушенных звуков. Для постановки дефектных звуков помимо специальной артикуляционной гимнастики использовалась опосредованная, что в свою очередь, создало объективную основу для коррекции звукопроизношения не только "искусственным путем", но и "естественным". Коррекционная работа проводилась в системе на индивидуальных и подгрупповых логопедических занятиях. В ходе занятий отрабатываемый речевой материал включался в разнообразные системные связи семантического характера, что способствовало расширению семантического поля, а также развитию лексико-грамматического уровня. Особое внимание уделялось развитию фонематических процессов и разъяснению смыслоразличительной функции звука.

Контрольный эксперимент показал, что в результате экспериментального обучения у всех испытуемых отмечалась положительная динамика. У детей в разной степени улучшилось фонетическое, а также фонематическое оформление речи. Также контрольный эксперимент показал, что более успешных результатов логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи можно добиться, если:

- будет учитываться клиническая структура дефекта, т.е., если ринолалия осложнена дизартрией, то такому ребенку будет необходим предварительный комплекс мероприятий по нормализации мышечного тонуса;
- коррекция звукопроизношения будет проходить параллельно с развитием фонематических процессов, поскольку именно фонематический слух приравнивает органы артикуляции к нужному звучанию;
- начинать работу как можно раньше, чтобы максимально избежать формирования неправильных речевых укладов;
- работа логопеда будет сопровождаться работой ряда других специалистов и не только педагогического профиля. Детям с открытой ринолалией большое внимание необходимо уделять развитию как физиологического, так и фонационного дыхания, что может решаться на занятиях музыкального работника. В занятиях физической культурой могут быть включены элементы логоритмики, которая также показана детям с ринолалией как средство коррекции просодических компонентов. У ряда детей с ринолалией отмечается нарушение прикуса, следовательно, им необходима помощь специалиста медицинского профиля. Помимо ярко выраженных дефектов, ребенок, страдающий ринолалией, может испытывать психологический дискомфорт и ему потребуется помощь психолога.

Материалы данного исследования являются актуальными и могут быть использованы логопедами, а также родителями, у которых дети имеют схожую речевую патологию.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / Е. С. Алмазова. – Москва : Просвещение, 1973. – 151 с.
2. Андреева, О. В. Поэтапная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / О. В. Андреева // Вестник Чувашского университета. – 2012. – №3. – С. 269-275.
3. Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е. Ф. Архипова. – Санкт-Петербург : Астрель, 2008. – 254 с.
4. Базина, И. Г. Планирование хирургического лечения детей с небно- глоточной недостаточностью после уранопластики / И. Г. Базина, А. В. Лопатин, Э. С. Мкртумян, Е. В. Васильева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – №1. – С. 260-261.
5. Балакирева, А. С. Логопедия. Ринолалия / А. С. Балакирева. – Москва : Секачев В. Ю., 2012. – 208 с.
6. Белоусов, А. Е. Функциональная ринопластика / А. Е. Белоусов. – Москва : Издательство Политехнического университета, 2010. – 505 с.
7. Бельтюков, В. И. Об усвоении детьми звуков речи / В. И. Бельтюков. – Москва : Изд-во АПН РСФСР, 1964. – 91 с.
8. Вансовская, Л. И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба / Л. И. Вансовская. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 2000. – 136 с.
9. Васильева, Е. Е. Ринолалия : учеб. пособие для студентов педвузов / Е. Е. Васильева. – Ярославль, 2007. – 63 с.
10. Визель, Т. Г. Логопедические упражнения на каждый день для выработки четкой речи / Т. Г. Визель. – Москва : Секачев В. Ю., 2011. – 16 с.
11. Винарская, Е. Н. Дизартрия / Е. Н. Винарская. – Москва : АСТ, 2006. — 141 с.

12. Виноградов, В. В. Избранные труды: лексикология и лексикография / В. В. Виноградов. – Москва : Наука, 1997. – 312 с.
13. Винокур, А. С. Преодоление речевого недоразвития у детей младшего школьного возраста / А. С. Винокур. – Киев : Рад. школа, 1977. – 143 с.
14. Волкова, Г. А. Логопедическая ритмика / Г. А. Волкова. – Санкт-Петербург : Детство–Пресс, 2010. – 352 с.
15. Волосовец, Т. В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1- 3 лет с врожденными расщеплениями губы и неба : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Т. В. Волосовец ; Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина. – Москва, 1995. – 16 с.
16. Выготский, Л. С. Избранные психологические исследования / Л. С. Выготский. – Москва : АПН РСФСР, 1956. – 519 с.
17. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций: из неопубликованных трудов / Л. С. Выготский. – Москва : АПН РСФСР, 1960. – 500 с.
18. Выготский, Л. С. Проблемы общей психологии : собр. соч. / Л. С. Выготский ; под ред. В. В. Давыдова. – Москва : Педагогика, 1982. – Т. 2. – 504 с.
19. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Москва : Национальное образование, 2019. – 368 с.
20. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи / А. Н. Гвоздев. – Москва : АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
21. Доросинская, А. В. Психолого-педагогическая технология коррекции нарушений голосовой функции у детей дошкольного возраста с врожденной расщелиной губы и неба в системе комплексной реабилитации : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / А. В. Доросинская ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2000. – 217 с.

22. Ермакова, И. И. Нарушение речи у лиц с дефектами неба и их коррекция : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / И. И. Ермакова; Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина – Москва, 1979. – 177 с.
23. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И. И. Ермакова. – Москва : Просвещение, 1996. – 143 с.
24. Ермакова, И. И. Фониатрия и фонопедия / Л. Б. Дмитриев, И. И. Ермакова, С. Л. Таптапова, Л. И. Телелева. – Москва : Медицина, 1990. – 272 с.
25. Ефименкова, Л. Е. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов: пособие для логопеда / Л. Е. Ефименкова. – Москва : Владос, 2006. – 335 с.
26. Жинкин, Н. И. Речь как проводник информации / Н. И. Жинкин – Москва : Наука, 1982. – 159 с.
27. Жинкин, Я. И. Механизмы речи / Я. И. Жинкин. – Москва : Изд-во АПН РСФСР, 1958. – 370 с.
28. Ипполитова, А. Г. Открытая ринолалия : учеб. пособие для студентов педвузов / А. Г. Ипполитова. – Москва : Просвещение, 1983. – 95 с.
29. Каракулова, Е. В. Коррекционная фонологоритмика : учеб.-метод. пособие / Е. В. Каракулова. – Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 2018. – 111 с.
30. Колпак, Т. В. Нарушения голоса в структуре речевого дефекта : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Т. В. Колпак; Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина. – Москва, 1999. – 180 с.
31. Лаврова, Е. В. Логопедия. Основы фонопедии : учеб. пособие для студентов педвузов / Е. В. Лаврова. – Москва : В. Секачев, 2016. – 182 с.
32. Лалаева, Р. И. Логопатопсихология : учеб. пособие для студентов педвузов / Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская. – Москва : Владос, 2013. – 462 с.
33. Левина, Р. Е. Нарушения речи у детей дошкольного возраста / Р. Е. Левина. – Москва : Наука, 2004. – 450 с.

34. Леонтьев, А. А. Язык, речь, речевая деятельность / А. А. Леонтьев. – Москва : Просвещение, 1969. – 214 с.
35. Леонтьев, А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – Москва : Политиздат, 1975. – 304 с.
36. Леонтьев, А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – Москва : Изд-во МГУ, 1981. – 584 с.
37. Лисина, М. И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина. – Москва : Педагогика, 1986. – 143 с.
38. Лурия, А. Р. Язык и сознание / А. Р. Лурия ; под ред. Е. Д. Хомской. – Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1979. – 320 с.
39. Лямина, Г. М. Развитие речи ребенка раннего возраста : метод. пособие / Г. М. Лямина. – Москва : Айрис-пресс, 2006. – 96с.
40. Обухова, Н. В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие предупреждения недоразвития речи : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Н. В. Обухова ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2015. – 154 с.
41. Обухова, Н. В. Профилактика речевых нарушений у детей с врожденной расщелиной губы и неба при ранних уранопластиках / Н. В. Обухова. // Специальное образование. – 2017. – №1. – С. 17-28.
42. Орфинская, В. К. Принципы построения дифференцированной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии / В. К. Орфинская. – Ленинград, 1963. – 256 с.
43. Парамонова, Л. Г., Лалаева Н. В. Особенности вербальных ассоциаций у детей с общим недоразвитием речи / Л. Г. Парамонова, Н. В. Лалаева // Выявление и коррекция нервно-психических и речевых расстройств у детей : Межвуз. сб. науч. тр. / гл. ред. Л. С. Волкова. – Ленинград, 1985. – С. 37- 43 .
44. Репина, З. А. Недостатки речи у детей с дефектом анатомического строения речевого аппарата // Дефектология. – № 5. – 1971. – С. 8 - 10.

45. Репина, З. А. Логопедическая работа по формированию фонематической системы гласных звуков у детей с открытой ринолалией // Специальное образование. – 2017. – №1. – С. 81 - 94.
46. Репина, З. А. Ринолалия : учеб.-метод. пособие / З. А. Репина. — Екатеринбург, 2005. – 151 с.
47. Речь в общении: норма, отклонения, коррекция. Памяти Н. И. Жинкина и Ю.Б. Некрасовой : Материалы Круглого стола ПИ РАО 7 ноября 2014 г. ; под ред. Н. Л. Карповой, А. А. Голзицкой. – Москва : ПИ РАО, 2014. – 148 с.
48. Романенко, Ю. В. Профессиональная компетентность педагогов, работающих с детьми с ринолалией / Ю.В. Романенко // Логопед. – 2011. – №4. – С. 59 - 61.
49. Рыжкова, Н. В. Развитие речевого дыхания и голоса у детей с открытой органической ринолалией / Н.В. Рыжкова // Логопед. – 2012. – №8. – С. 41 - 48.
50. Слепович, Е. С. Исправление речи у детей / Е. С. Слепович. – Минск: Нар. асвета, 1989. – 64 с.
51. Сценическая речь: учебник / под ред. И. П. Козляниновой. – Москва : Изд-во «ГИТИС», 2009. – 558с.
52. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты – учеб.-метод. пособие / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург : Уральский государственный педагогический университет, 1998. – 51с.
53. Ушакова, Т. Н. Речь: Истоки и принципы развития / Т. Н. Ушакова. – Москва : Per Se, 2004. – 255 с.
54. Ушинский, К. Д. Родное слово / К. Д. Ушинский. – Москва : Белый город, 2008. – 128 с.
55. Фоменко, И. В. Эффективность современных методов диагностики и 100 лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба : дис.

... д-ра. мед. наук : 14.01.14 / И. В. Фоменко ; Волгоградс. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2011. – 333 с.

56. Хватцев, М. Е. Логопедия / М. Е. Хватцев. – Москва : Учпедгиз, 1959. – 476 с.

57. Чиркина, Г. В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата / Г. В. Чиркина. – Москва : Педагогика, 1969. – 120 с.

58. Чиркина, Г. В. Нарушение речи при ринолалии и пути их коррекции : дис. ... д-ра пед. наук. 13.00.03 / Г. В. Чиркина ; Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина. – Москва, 1987. – 151 с.

59. Чиркина Г. В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста / Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева., Москва : Айрис-пресс – 2008. – 224 с.

60. Шарова, О. Б. Логопедическая работа с детьми, имеющими врожденную расщелину верхней губы и неба / О. Б. Шарова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – Москва, 2013. – №7. – С. 33 - 40.

61. Швачкин, Н. Х. Возрастная психолингвистика: Хрестоматия : учеб. пособие / Н. Х. Швачкин; под ред К. Ф. Седова. — Москва : Лабиринт, 2004. – 330 с.

62. Швецова, Е. Е. Технология формирования интонационной стороны речи / Е. Е. Швецова, Л. В. Забродина. – Москва : Астрель, 2010. – 224 с.

Опросник для родителей, имеющих детей с нарушениями речи.

1. Ф.И.О. ребенка _____
2. От какой беременности ребенок _____
3. Как протекала беременность (нормально, токсикоз, хронические заболевания, инфекционные заболевания и т.п.) _____
4. Роды (в срок, нормальные, досрочные, быстрые, стремительные, обезвоженные, кесарево сечение, использование каких-либо родовспоможений) _____
5. Когда закричал _____
6. Асфиксия (белая, синяя) _____
7. Резус-фактор (отрицательный, положительный) _____
8. Вскармливание:
 - а) когда принесли кормить _____
 - б) грудное или искусственное _____
9. Выписался из роддома на ____ день, если задержался, то причина _____
10. Начал держать головку ____ (N к 2 мес.)
11. Сидеть ____ (N к 6 мес.)
12. Стоять с помощью опоры ____ (N к 8-9 мес.)
13. Ходить ____ (N к 1 году)
14. Гуление ____ (N в 2-3 мес.)
15. Лепет ____ (N в 5-6 мес.)
16. Первые слова ____ (N к 1 году)
17. Первые фразы ____ (N к 1.5- 2 годам)
18. Фразовая речь ____ (N к 3 годам)
19. Перенесенные заболевания
 - До 1 года _____
 - После 1 года _____
- Ушибы, травмы головы _____

20. Прерывалось ли речевое развитие _____
21. Что ещё считаете нужным сообщить о своем ребенке? _____
22. Что кроме речевых нарушений беспокоит Вас в развитии, поведении ребенка? _____
23. Какие консультации Вы хотели бы получить от логопеда? _____
24. Укажите, кто из членов семьи больше других уделяет внимание ребенку и чем занимается с ним? _____

**Результаты обследования моторики артикуляционного аппарата у детей
экспериментальной группы**

Имя	Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата								
	Исследование двигательной функции губ								
	1. Сомкнуть губы	2. Округлить губы	3. Вытянуть губы в трубочку	4. Сделать «хоботок»	5.Растянуть губы в «улыбке»	6. Поднять верхнюю губу вверх	7. Опустить нижнюю губу вниз	8.Одноврем. выполнить 6 и 7	9. Многократно произносить губные звуки «б-б-б», «п-п-п»
	полученные за каждое задание баллы								
Егор	2	2	2	2	2	1	3	2	2
Сема	2	2	2	2	3	1	3	1	1
Ева	3	3	2	2	3	2	2	2	2
Саша	2	2	2	1	2	1	3	1	1
Настя	3	3	2	3	3	2	2	2	2
Савва	2	3	2	2	3	3	2	3	2
Наринэ	2	1	2	2	1	2	1	1	1
Никита	2	2	2	2	2	1	2	1	1
Степа	2	2	2	2	2	1	2	1	1
Лева	1	2	2	1	1	2	1	1	1
	Исследование двигательной функции челюсти								
	Широко раскрыть рот при произношении звука и закрыть		Сделать движение челюстью вправо		Сделать движение челюстью влево		Выдвинуть нижнюю челюсть вперед		
	полученные за каждое задание баллы								
Егор	2		2		2		1		
Сема	3		3		3		3		
Ева	2		3		3		3		
Саша	2		2		2		3		
Настя	3		3		3		3		
Савва	2		3		2		2		
Наринэ	2		2		2		1		
Никита	2		3		3		2		
Степа	2		3		3		2		
Лева	2		2		2		2		

Продолжение таблицы № 2.

	Исследование двигательных функций языка							
	Положить широкий язык на ниж. губу и подержать под счет до 5	Положить широкий язык на верх. губу и подержать под счет до 5	Переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ	Сделать язык «лопатой», а затем «иголочкой»	Упереть кончик языка в правую, а затем в левую щеку	Поднять кончик языка к верхним зубам, подержать под счет до 5 и опустить к нижним зубам	Выдвинуть широкий язык вперед, а затем занести назад в ротовую полость	Стоя вытянуть руки вперед, кончик языка положить на нижнюю губу, закрыть глаза
	полученные за каждое задание баллы							
Егор	1	1	2	2	2	1	2	3
Сема	2	1	2	2	3	3	2	3
Ева	2	2	3	3	3	3	3	3
Саша	1	1	2	2	2	2	2	2
Настя	2	2	2	2	2	2	3	3
Савва	2	3	2	3	3	2	2	3
Наринэ	1	1	1	1	1	1	2	2
Никита	1	1	1	1	1	2	2	2
Степа	1	1	1	1	2	2	2	2
Лева	1	1	1	1	1	1	2	2
	Исследование двигательной функции мягкого неба							
	Широко открыть рот и четко произнести звук «а»		Провести шпателем, зондом или бумажкой, скрученной в трубочку, по мягкому небу			При высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи		
	полученные за каждое задание баллы							
Егор	2		1			1		
Сема	3		1			1		
Ева	1		3			3		
Саша	1		1			1		
Настя	3		3			3		
Савва	2		2			2		
Наринэ	1		1			1		
Никита	2		2			3		
Степа	2		3			2		
Лева	1		1			1		

Продолжение таблицы № 2.

	Исследование продолжительности и силы выдоха					
	Сыграть на любом духовом инструменте-игрушке (губной гармошке, дудочке, флейте и т.д.)			Поддуть пушинки, листок бумаги и т.п.		
	<i>полученные за каждое задание баллы</i>					
Егор	1			1		
Сема	2			3		
Ева	2			3		
Саша	1			2		
Настя	1			3		
Савва	2			2		
Наринэ	1			1		
Никита	1			2		
Степа	1			2		
Лева	1			1		
	Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата					
	Оскалить зубы, широко открыть рот, положить широкий язык на нижнюю губу, занести язык за нижние зубы, закрыть рот.	Широко открыть рот, как при звуке «а», растянуть губы	Широко раскрыть рот, затем полузакрыть и закрыть его	Открыть рот, дотрон. кончиком яз. до нижней губы, поднять кончик яз. к верх. зубам, затем опустить за зубы нижние зубы и	Положить широкий язык на нижнюю губу, сделать «чашечку», занести в рот, опустить кончик языка за зубы	Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз
	<i>полученные за каждое задание баллы</i>					
Егор	2	2	2	2	2	1
Сема	2	2	1	1	1	1
Ева	3	3	2	2	3	2
Саша	2	2	2	1	2	1
Настя	3	3	2	3	3	2
Савва	2	3	2	2	3	3
Наринэ	2	1	2	2	1	2
Никита	2	2	2	2	2	1
Степа	2	2	2	2	2	1
Лева	1	2	2	1	1	2

Продолжение таблицы № 2.

	Обследование мимической мускулатуры			
	Исследование объема и качества движения мышц лба			
	Нахмурить брови		Поднять брови	
	полученные за каждое задание баллы			
Егор	1		2	
Сема	2		2	
Ева	3		2	
Саша	1		2	
Настя	3		2	
Савва	2		2	
Наринэ	1		1	
Никита	1		1	
Степа	1		1	
Лева	1		1	
	Исследование объема и качества движений мышц глаз			
	Легко сомкнуть веки	Плотно сомкнуть веки	Закрыть правый глаз, затем левый	Подмигнуть
	полученные за каждое задание баллы			
Егор	1	2	1	1
Сема	2	3	2	2
Ева	2	3	3	2
Саша	2	2	2	1
Настя	2	3	1	2
Савва	2	2	2	2
Наринэ	1	2	1	2
Никита	1	1	1	1
Степа	1	1	1	1
Лева	1	1	1	1
	Исследование объема и качества движений мышц щек			
	Надуть левую щеку	Надуть правую щеку	Надуть обе щеки одновременно	Втянуть щеки в рот
	полученные за каждое задание баллы			
Егор	2	2	2	2
Сема	3	3	2	2
Ева	3	3	3	3
Саша	2	2	2	2
Настя	3	3	3	3
Савва	3	3	3	2
Наринэ	2	2	2	1
Никита	2	2	2	2
Степа	2	2	2	2
Лева	2	2	1	1

Продолжение таблицы № 2.

	Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз					
	Выразить мимикой лица: удивление	Радость	Испуг	Грусть	Сердитое лицо	
	<i>полученные за каждое задание баллы</i>					
Егор	1	2	1	2	1	
Сема	2	3	1	3	1	
Ева	2	3	3	3	3	
Саша	1	3	2	3	2	
Настя	2	3	3	3	2	
Савва	1	3	2	3	2	
Наринэ	1	1	1	1	1	
Никита	2	2	3	2	2	
Степа	2	2	3	3	2	
Лева	1	1	1	1	1	
	Исследование символического праксиса					
	Свист	Поцелуй	Улыбка	Оскал	Плевки	Цоканье
	<i>полученные за каждое задание баллы</i>					
Егор	1	2	2	2	1	1
Сема	2	3	2	2	2	2
Ева	3	3	3	3	3	2
Саша	1	2	2	2	1	1
Настя	2	3	3	3	3	2
Савва	2	3	2	2	2	2
Наринэ	1	1	1	1	1	1
Никита	2	3	2	2	2	2
Степа	2	3	2	2	2	2
Лева	1	1	1	1	1	1
	Общее количество набранных баллов (max 159)		Количество набранных баллов в %		Уровень моторики артикуляционного аппарата	
Егор	86		54,09%		средний	
Сема	102		64,15%		средний	
Ева	139		87,42%		высокий	
Саша	92		57,86%		средний	
Настя	135		84,91%		высокий	
Савва	123		77,36%		высокий	
Наринэ	71		44,65%		средний	
Никита	84		52,83%		средний	
Степа	97		61,01%		средний	
Лева	67		42,14%		средний	

Таблица № 5.

Результаты обследования фонематического слуха и восприятия

Имя	Полученные за каждое задание баллы														
	Опознавание фонем		Различение фонем, близких по способу и месту образования по акустическим признакам			Повторение за логопедом слогового ряда			Выделение исследуемого звука среди слогов, подними руку, если услышишь слог со звуком «с»	Выделение исследуемого звука среди слов Хлопни в ладоши, если услышишь слово со звуком «ж»	Название слов звуком «з»	Определи те наличие звука «ш» в названии картинок	Название картинок и определение отличий в названиях	Определение места звука «ч» в словах (нач., сер., кон.)	Раскладывание картинок в 2 ряда: в первый со звуком «с», во второй со звуком «ш»
	Хлопни, если услышишь гласный «...» среди др. гласн.	Хлопни в, если услышишь согласный звук «...» среди	Звонких и глухих	Шипящих и свистящих	Соноров	Со звонкими и глухими	С шипящими и свистящими	С сонорами							
Егор	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1
Сема	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2
Ева	3	2	3	2	1	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2
Саша	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1
Настя	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2
Савва	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
Наринэ	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1
Никита	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1
Степа	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1
Лева	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
	Общее количество набранных баллов (max 45)					Количество набранных баллов в %					Уровень фонематического слуха и восприятия				
Егор	23					51,11%					средний				
Сема	38					84,44%					высокий				
Ева	39					86,67%					высокий				
Саша	24					53,33%					средний				
Настя	37					82,22%					высокий				
Савва	32					71,11%					высокий				
Наринэ	20					44,44%					средний				
Никита	20					44,44%					средний				
Степа	21					46,67%					средний				
Лева	18					40%					средний				

Тематический план логопедической работы

Направление работы	Цели и задачи работы	Содержание работы
ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП		
1 неделя		
Работа по развитию небно-глоточного смыкания	<p><i>Цель</i> - развитие небно-глоточного смыкания</p> <p><i>Задачи массажа мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – растяжение рубцовой ткани; – усиление работоспособности сократительных мышц; – уменьшение мышечной атрофии; – улучшение местного кровообращения; – активизация процессов заживления. <p><i>Задачи пассивной гимнастики мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – активизация небной занавески и развитие подвижности мышц небно-глоточного кольца. 	<p><i>Массаж мягкого и твердого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • большим пальцем производить поглаживающие движения вдоль твердого неба от передних зубов и обратно; • постепенно область воздействия увеличивается и доходит до мягкого неба; • большим пальцем производить поперечные поглаживающие движения по твердому и мягкому небу слева направо и наоборот; • большим пальцем производить круговые поглаживающие и растирающие движения по твердому и мягкому небу слева направо и наоборот. <p><i>Пассивная гимнастика мягкого неба и задней стенки глотки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • капать жидкость из пипетки на корень языка, голова ребенка при этом несколько откинута назад, что стимулирует поднятие мягкого неба (вместо воды можно использовать сок); • слегка надавливать на корень языка шпателем (выполнение упражнения требует определенной осторожности, так как резкие движения могут вызвать рвотный рефлекс).
Коррекция физиологического дыхания	<p><i>Цель</i> - устранение ключичного типа дыхания и формирование диафрагмального типа дыхания.</p>	<p>“Воздушный шарик”: ребенок ложится на кровать, мышцы максимально расслаблены, и под чтение стихотворения логопед показывает движения, которые затем ребенок должен выполнить сопряженно.</p> <p>Вот мы шарик надуваем, Воздух носом набираем (живот надувается), Шарик сдулся – вот беда, Воздух вышел из рта. Когда ребенок начинает выполнять упражнение, надувать шарик-животик,</p>

		необходимо следить за тем, чтобы во время вдоха поднималась передняя стенка живота, а грудная клетка оставалась максимально неподвижной. Сдувают шарик (производят выдох) плавно, по возможности длительно, передняя стенка живота медленно втягивается и принимает обычное положение. После того как дети усваивают данные движения в положении лежа, можно переходить к выполнению упражнения сидя , а затем стоя .
2 неделя		
Развитие полноценного небо-глоточного смыкания	<p><i>Цель</i> - развитие небо-глоточного смыкания</p> <p><i>Задачи массажа мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – растяжение рубцовой ткани; – усиление работоспособности сократительных мышц; – уменьшение мышечной атрофии; – улучшение местного кровообращения; – активизация процессов заживления. – <p><i>Задачи пассивной гимнастики мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – активизация небной занавески и развитие подвижности мышц небо-глоточного кольца. 	<p><i>Массаж мягкого и твердого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • движения начинают выполнять от верхних боковых зубов, постепенно продвигаясь от твердого неба к мягкому; • производить аналогичные движения от резцов к глотке и обратно; • средним пальцем производить поглаживающие, надавливающие, растирающие движения вдоль и поперек рубца от резцов к глотке и наоборот; • производить поглаживающие, разминающие, растягивающие движения по мягкому небу средним пальцем от центральной части к боковым краям; • постукивать указательным или средним пальцем по твердому и мягкому небу. <p><i>Пассивная гимнастика мягкого неба и задней стенки глотки:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • капать жидкость из пипетки на корень языка, голова ребенка при этом несколько откинута назад, что стимулирует поднятие мягкого неба (вместо воды можно использовать сок); • слегка надавливать на корень языка шпателем (выполнение этого упражнения требует определенной осторожности, так как резкие движения могут вызвать рвотный рефлекс).
Коррекция физиологического дыхания	<p><i>Цель</i> - устранение ключичного типа дыхания и формирование диафрагмального типа дыхания.</p>	<p>“Как шумят кусты”: дети встают в круг. По указке логопеда вытягивают руки вперед и со звуком "ш" изображают, как шумят кусты, покачиваясь и переноса вес с одной ноги на другую.</p> <p>“Как шумят деревья”: дети встают в круг. По указке логопеда вытягивают руки</p>

		<p>вверх и со звуком "с" изображают, как шумит лес, покачиваясь и перенося вес с одной ноги на другую.</p> <p>“Задуть огонь”: логопед говорит: "Представьте, что перед вами свеча, надо сильно-сильно подуть, чтобы ее потушить".</p> <p>Дети дуют (два длинных выдоха и три коротких с силой).</p> <p>Логопед говорит: "А свеча помахала пламенем и дальше горит. Давайте еще сильнее подуем".</p> <p>Дети снова дуют (два длинных выдоха и три коротких с еще большей силой).</p> <p>Логопед говорит: "А свеча снова помахала пламенем и дальше горит. Давайте со всей силы подуем".</p> <p>Дети снова дуют (два длинных выдоха и три коротких с силой и на последнем добавляют голосом "фу").</p>
3 неделя		
Развитие полноценного небно-глоточного смыкания	<p><i>Цель</i> - развитие небно-глоточного смыкания</p> <p><i>Задачи активной гимнастики мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – активизация небной занавески; – развитие подвижности мышц небно-глоточного кольца. 	<p><i>Активная гимнастика мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • полоскать горло с запрокинутой головой маленькими глотками (это упражнение производит наибольший эффект, если при его выполнении вместо воды использовать тяжелую жидкость типа кефира, негустого йогурта или киселя); • произвольно покашливать, при этом покашливание производится не на уровне гортани, как это делается, когда присутствуют неприятные ощущения в горле, а на уровне мягкого неба, что вызывает рефлекторное сокращение мышц задней стенки глотки и способствует возникновению полноценного небно-глоточного смыкания, сначала покашливание производится с высунутым языком, воздушный поток при этом направляется в ротовую полость - отрабатывается направленная воздушная струя; • имитировать позевывание; упражнение улучшает кровообращение головного мозга и усиливает отток венозной крови; • утрированно произносить гласные А-Э-О на твердой атаке, при этом увеличивается давление в ротовой полости и уменьшается носовая эмиссия;

		<ul style="list-style-type: none"> • медленно, беззвучно произносить гласные А-Э-О, стараясь при этом соблюдать четкую артикуляцию; • пропевать гласные с постепенным усилением и ослаблением голоса.
Коррекция фонационного дыхания	<p><i>Цель</i> – формирование речевого дыхания.</p> <p><i>Задача:</i></p> <p>– дифференциация ротового и носового выдоха.</p>	<p>Упражнения для развития направленного ротового выдоха и умения дифференцировать ротовой и носовой выдох:</p> <ul style="list-style-type: none"> • вдох и выдох широко открытым ртом, язык высунуть и положить на нижнюю губу (как дышит собачка); • вдох широко открытым ртом, выдох носом; • вдох и выдох носом; • вдох носом, выдох ртом (возможны различные варианты выполнения данного упражнения: можно предложить ребенку широко открыть рот во время выдоха, а в другом случае при выдохе губы сомкнуты и вытянуты вперед трубочкой); • вдох через одну ноздрю, другую закрыть указательным или средним пальцем, выдох через эту же ноздрю; • вдох правой ноздрей, левая закрыта указательным или средним пальцем; выдох через левую ноздрю; затем поменять; • вдох носом, выдох поочередно через правую или левую ноздрю, другую закрыть указательным или средним пальцем; • вдох ртом, выдох через правую или левую ноздрю; • вдох поочередно через правую или левую ноздрю, выдох широко открытым ртом; • вдох носом, выдох по возможности направить вверх, пытаясь сдуть ватку с носа.
Развитие слухового внимания	<p><i>Цель</i> – расширить рамки слухового восприятия.</p> <p><i>Задачи:</i></p> <p>– формирование умения различать звучание простейших музыкальных инструментов;</p> <p>– развитие слуховой памяти;</p>	<p>“Что звучит?”.</p> <p>Логопед воспроизводит звучание одного из инструментов, но ребенок не видит, какого (дудочка, барабан, колокольчик и др.) Прослушав, ребенок воспроизводит это звучание.</p> <p>“Поиграй, как я”.</p> <p>У логопеда большой и маленький барабан, у детей большой и маленький кружок. По большому барабану стучим и говорим <i>там-там-там</i>, по</p>

	<p>– определение места звучащего предмета;</p> <p>– развитие направленности слухового внимания.</p>	<p>маленькому <i>тям-тям-тям</i>. Играем на большом барабане показываем большой кружок и поём <i>там-там-там</i>; тоже с маленьким. Затем произвольно логопед показывает барабаны, дети поднимают кружки и поют нужные песенки.</p> <p>“Определи, где звучит?”.</p> <p>Дети закрывают глаза. Логопед тихо встаёт в стороне (<i>сзади, спереди, слева, справа</i>) и звенит в колокольчик. Дети не открывая глаза, рукой указывают, откуда доносился звук.</p> <p>“Кто хлопал?”</p> <p>Дети садятся в разных местах, выбирается водящий, ему закрывают глаза. Один из детей по знаку логопеда хлопает в ладоши, водящий должен определить, кто хлопал.</p>
4 неделя		
Развитие полноценного небно-глоточного смыкания	<p><i>Цель</i> - развитие небно-глоточного смыкания</p> <p><i>Задачи активной гимнастики мягкого неба:</i></p> <p>– активизация небной занавески;</p> <p>– развитие подвижности мышц небно-глоточного кольца.</p>	<p><i>Активная гимнастика мягкого неба:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • полоскать горло с запрокинутой головой маленькими глотками (это упражнение производит наибольший эффект, если при его выполнении вместо воды использовать тяжелую жидкость типа кефира, негустого йогурта или киселя); • произвольно покашливать, при этом покашливание производится не на уровне гортани, как это делается, когда присутствуют неприятные ощущения в горле, а на уровне мягкого неба, что вызывает рефлекторное сокращение мышц задней стенки глотки и способствует возникновению полноценного небно-глоточного смыкания, сначала покашливание производится с высунутым языком, воздушный поток при этом направляется в ротовую полость - отрабатывается направленная воздушная струя; • имитировать позевывание; упражнение улучшает кровообращение головного мозга и усиливает отток венозной крови; • утрированно произносить гласные А-Э-О на твердой атаке, при этом увеличивается давление в ротовой полости и уменьшается носовая эмиссия; • медленно, беззвучно произносить гласные А-Э-О, стараясь при этом

		<p>соблюдать четкую артикуляцию;</p> <ul style="list-style-type: none"> • пропевать гласные с постепенным усилением и ослаблением голоса.
Коррекция фонационного дыхания	<p><i>Цель</i> – формирование речевого дыхания.</p> <p><i>Задача:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – формирование правильного носового вдоха; – выработка целенаправленной воздушной струи при фонации. 	<p>Упражнение для правильного носового вдоха: попросить ребенка показать, как он нюхает цветы или предложить понюхать цветков (фрукт, аромомасло и т.д.).</p> <p>Упражнение для правильного ротового выдоха:</p> <ul style="list-style-type: none"> • надуть мыльные пузыри; • “задуть” свечку; • “подуть” на горячую пищу; • “согреть” замерзшие руки; • подуть в трубочку, опущенную в стакан с жидкостью; • подуть на яркие бумажные игрушки в форме различных предметов, животных, сказочных существ; • подуть на прикрепленные к ниткам длиной до двадцати сантиметров ватные шарики; • “загнать мяч в ворота” (в качестве мяча легкий пластмассовый или поролоновый шарик, который необходимо с помощью воздушной струи загнать в ворота – кубик).
Развитие слухового внимания	<p><i>Цель</i> – расширить рамки слухового восприятия.</p> <p><i>Задачи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – развитие слуховой дифференциации; – развитие слуховой памяти; – развитие слуховой, памяти; – формирование представления о различной интенсивности неречевых звуков. 	<p>“Найди пару”. У логопеда звучащие коробочки (одинаковые коробочки внутри, горох, песок, спички и др.) расположены на столе хаотично. Детям предлагается разобрать их по парам, одинаково звучащим.</p> <p>“Тихо – громко”. Дети становятся друг за другом и идут по кругу. Логопед стучит в бубен то тихо, то громко. Если бубен звучит тихо дети идут на носочках, если более громко, идут обычным шагом, если ещё громче – бегут. Кто ошибся, то становится в конец колонны.</p> <p>“Найди картинку” Логопед раскладывает перед ребенком или перед детьми ряд картинок с изображением животных (пчела, жук, кошка, собака, петух, волк и др.) и воспроизводит соответствующие звукоподражания. Далее детям дается задание определить по звукоподражанию животного и показать картинку с его изображением.</p> <p>Игра может проводиться в двух вариантах:</p>

		<p>а) с опорой на зрительное восприятие артикуляции,</p> <p>б) без опоры на зрительное восприятие (губы логопеда закрываются).</p> <p>“Угадай, что делать”.</p> <p>Детям дают в руки два флажка. Если логопед громко звенит бубном, дети поднимают флажки вверх и машут ими, если тихо - держат руки на коленях. Чередовать громкое и тихое звучание бубна рекомендуется не более четырех раз.</p> <p>“Угадай, кто идет”.</p> <p>Логопед показывает детям картинки и объясняет, что цапля ходит важно и медленно, а воробей прыгает быстро. Затем он медленно стучит в бубен, а дети ходят, как цапли. Когда же логопед быстро стучит в бубен, дети скачут, как воробьи. Затем логопед стучит в бубен, все время меняя темп, а дети то прыгают, то медленно ходят. Менять темп звучания надо не более пяти раз.</p>
ОСНОВНОЙ ЭТАП		
5 неделя		
Формирование базовых артикуляционных укладов и артикуляционных движений.	<p><i>Цель</i> - активизация речевой моторики, формирование основных артикуляционных укладов, подготовка речевого аппарата к постановке корригируемых звуков.</p> <p><i>Задачи логопедического массажа:</i> ослабить патологические проявления в органах артикуляционного аппарата; подготовить артикуляционный аппарат к выполнению мышечных движений, необходимых для</p>	<p><i>Массаж лицевых мышц:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поглаживание лба от середины к вискам кончиками пальцев обеих рук легкими движениями; • равномерное осуществление движений от бровей к волосистой части головы обеими руками с двух сторон; • поглаживание лица от спинки носа к ушам кончиками пальцев обеих рук; • поглаживание лица кончиками пальцев от середины верхней губы к ушам; • поглаживание тыльными сторонами кистей рук от середины подбородка до ушей, затем ладонями от ушей обратно к середине подбородка. • пальцевой душ – легкое постукивание кончиками пальцев от центра к периферии; • пощипывание щек от носа к ушам; • разминание скуловой мышцы: поместив указательные и средние пальцы обеих рук в нижней части виска производить спиралевидные движения к подбородку; • пощипывание лица вдоль скуловой

	<p>правильного звукопроизношения; восстановить угасшие глубокие рефлексy; усилить тактильные ощущения.</p>	<p>мышцы от середины к ушам и наоборот;</p> <ul style="list-style-type: none"> • похлопывание лица ладонями. • поглаживание носогубных складок от крыльев носа к уголкам рта; таким образом происходит расслабление лицевых мышц; • поглаживание носогубных складок от углов рта к крыльям носа; эти движения носят более интенсивный характер и способствуют укреплению лицевой мускулатуры; • поглаживание спинки носа ото лба к кончику и обратно средним пальцем; • поглаживание крыльев носа от переносицы к основанию носа средним и безымянным пальцами обеих рук. <p><i>Массаж губной мускулатуры:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поглаживать верхнюю губу от периферии к центру средними пальцами обеих рук; • легко постукивать подушечками пальцев по губам и круговой мышце рта. • натягивать верхнюю губу на зубы; • легкими движениями поглаживать верхнюю губу от середины к углам средними пальцами обеих рук; • осуществлять надавливающие движения большим, указательным и средним пальцами обеих рук на верхнюю губу. <p><i>Массаж языка:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поглаживать, разминать язык круговыми движениями; • постукивать по языку шпателем; • надавливать на язык надетой на шпатель соской; • захватить язык указательным и большим пальцами обеих рук с помощью бинта и поглаживать и разминать края языка; • пощипывать края языка указательным и большим пальцами. <p>Помимо массажа формированию правильных артикуляционных укладов и точных артикуляционных движений способствует артикуляционная гимнастика.</p> <p><i>Активная мимическая гимнастика:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • надуть одновременно обе щеки; • попеременно надуть правую и левую щеки; • втянуть щеки в ротовую полость между зубами; • удивиться (поднять брови);
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> •поочередно прищурить глаза; •зажмурить оба глаза; •сделать веселое лицо (улыбнуться); •сделать сердитое лицо (нахмурить брови); •одновременное хаотичное движение губ, глаз и бровей, напоминающее отпугивание комаров от лица без помощи рук. <p><i>Артикуляционная гимнастика:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •плавно и медленно открывать и закрывать рот под счет до пяти, кончик языка при выполнении данного упражнения находится у нижних зубов; •имитировать жевание; •двигать нижнюю челюсть вперед, вправо, влево; •закусить зубами деревянный шпатель, пытаться вытянуть его изо рта, преодолевая сопротивление; •вытянуть губы вперед трубочкой, как поцелуй мамы; •растянуть углы рта в стороны, так, чтобы стали видны верхние и нижние зубы; •выполнять круговые движения сомкнутыми губами; •захватывание губами леденцов, палочек различного диаметра; •выплесывание губами семечек, риса; •выплесывание аналогичных предметов с кончика языка. <p><i>Пассивные упражнения для языка:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •захватить язык с помощью бинта и попеременно подтягивать к верхней и нижней губе, а также отводить в стороны; •прижимать кончик языка ко дну ротовой полости шпателем; •поднимать кончик языка шпателем к твердому небу, к верхней губе. <p><i>Активные упражнения для языка:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •широкий расслабленный язык спокойно лежит на нижней губе; •попеременно тянуть язык в направлении носа, в направлении подбородка; •облизать ложки разной величины, намазанные чем-нибудь вкусным, начиная с игрушечной и заканчивая столовой, выпуклую и вогнутую поверхность; •слизывать варенье с тарелки всей
--	--	--

		<p>поверхностью языка;</p> <ul style="list-style-type: none"> • узкий язык упереть в одну щеку, затем в другую; • сильно нажать кончиком языка на нижнюю десну, потом надавить языком на твердое небо, на верхнюю десну; • “почистить” языком верхние и нижние зубы; • посчитать зубки, упираясь в каждый; • широким языком погладить твердое небо от передних зубов к мягкому небу; • покусать кончик языка по всей поверхности; • «часики» – попеременно передвигать язык к правому и левому уголкам губ, нижняя челюсть при этом должна оставаться неподвижной; • облизать верхнюю губу широким языком сверху вниз; • проталкивать язык сквозь стиснутые зубы. <p>Особые упражнения должны быть предусмотрены для детей с девиацией языка, т. е. его отклонением в какую-либо сторону. Девиация языка вправо свидетельствует о слабости мышц левой стороны языка, а его девиация влево говорит о том же в отношении правой стороны. Упражнения для укрепления и развития мышц языка проводятся с учетом нагрузки на пораженную сторону. Детям предлагают дотронуться до зубов с противоположной стороны вверху и внизу, подпереть противоположную щеку языком, высунуть язык и отвести его в противоположную сторону, оказывая сопротивление шпателью логопеда. Эти упражнения увеличивают нагрузку пораженной стороны языка.</p>
6 неделя		
Коррекция звукопроизношения (постановка).	Воспитания правильного произношения звуков речи.	<p>Работа начинается с беззвучного показа артикуляции, избегая называния фонемы. Беззвучный показ артикуляции используется и в дальнейшем при постановке остальных согласных, чтобы предотвратить воспроизведение дефектных артикуляций.</p> <p>Постановка звука [ф]. Ребенка просят приблизить нижнюю губу к верхним зубам, осуществляя при этом длительный направленный выдох, отработанный на подготовительном этапе.</p>

		<p>У детей с небно-глоточной недостаточностью, когда снижена подвижность мышц мягкого неба, а ротовой выдох является слабым и непродолжительным, приходится зажимать крылья носа, чтобы уменьшить утечку воздуха в носовые ходы. Только таким путем можно создать необходимое внутриротовое давление и помочь ребенку ощутить требуемые кинестезии. Этот прием применяют в течение первых занятий и с каждой последующей тренировкой уменьшают механическую помощь, доводя ее до легкого прикосновения. Таким образом удастся снизить утечку воздуха в нос. Лучше стараться вызвать звук непосредственно в слоге, чтобы избежать трудностей при переходе к сочетанию с гласным.</p> <p>Постановка звука [п]. Коррекция губно-губного [п] помимо участия в артикуляции корня языка и наличия носовой эмиссии может осложняться аномалиями строения зубо-челюстной системы.</p> <p>Так как для правильного произнесения звука [п] необходимо спокойное ненапряженное смыкание губ, прерываемое мгновенным выдохом воздуха, что, например при расщеплении губы, вызывает определенные трудности. Длительного времени требует выработка губной артикуляции, максимально приближенной к норме. Беззвучное формирование артикулемы начинается с просьбы показать, как ребенок целует маму, вытягивая губы. Добившись умения осуществлять это движение, переходят к имитации стрельбы из пушки. Логопед показывает ребенку, как стреляет пушка и предлагает повторить данные действия. Для выполнения данного упражнения необходим направленный ротовой выдох. Выполнение данного упражнения проводится с использованием слухового контроля. Для этой цели используется пузырек с узким горлышком, который подносится к губам ребенка. Упражнение считается выполненным правильно в том случае, если слышался характерный шум при попадании воздушной струи в пузырек. После появления шепотного [п]</p>
--	--	---

		<p>переходят к его озвученному произнесению. Для этого ребенка просят произнести звук громче. Логопед предварительно показывает, как нужно это сделать.</p> <p>Постановка [т]. Полноценному артикулированию взрывного переднеязычного [т] препятствуют различные нарушения зубного ряда. Постановка начинается с подготовительных упражнений, способствующих перемещению языка в передний отдел полости рта.</p> <p>Звук ставится от “поплевывания”. Для того, чтобы вызвать правильные кинестезии, ребенку предлагают сплевывать с языка хлебные крошки. Однако даже с механической помощью выполнение данного упражнения на первых занятиях может не получиться.</p> <p>Длительное использование патологического навыка произношения приводит к стойкой глоточной артикуляции, т. е. вместо “поплевывания” получается “покашливание”, когда кончик языка лежит на дне ротовой полости, а образование дефектного звука идет за счет работы корня языка. Ребенку объясняют, что язычок выходит погулять и не прячется обратно в домик. Для того, чтобы вызвать правильные кинестезии, можно предложить ребенку сплевывать хлебные крошки, лежащие на кончике высунутого языка. Таким образом в работу включается тактильный анализатор. Если ротовой выдох по-прежнему остается недостаточным, крошки остаются на языке, и ребенок это может ощутить. Крошки слетят с языка только в том случае, если будет присутствовать длительный, направленный ротовой выдох.</p> <p>На следующих занятиях осуществляют переход от “поплевывания” к беззвучному артикулированию звука [т]. На данном этапе от ребенка требуется выполнение более сложных артикуляционных движений по сравнению с “поплевыванием”. Необходимо умение улыбнуться, чтобы стали видны зубы, т. е. снять губную артикуляцию.</p> <p>Только после того как ребенок</p>
--	--	---

		<p>окончательно закрепляет сформированные кинестезии, следует переходить от беззвучного артикулирования к произношению межзубного [т]. Работа проводится при помощи слухового контроля. Для этой цели используется пузырек с узким горлышком, который подносят к губам ребенка во время выдоха. Если ребенок правильно направляет воздушную струю, он может слышать характерный свист.</p> <p>Особые трудности может вызвать переход к зазубной артикуляции при нарушении зубного ряда, вплоть до полного отсутствия верхних зубов. Для достижения лучших результатов работы можно использовать зрительный контроль. Ребенку объясняют, что теперь язычок уже не хочет гулять и потихоньку прячется в домик. Контролировать правильность положения языка можно при помощи зеркала.</p> <p>Несколько изменяются приемы работы в случае бокового произношения переднеязычных, когда у ребенка язык распластан в полости рта, передняя часть языка не образует смычки с альвеолами, а воздушная струя имеет боковое направление.</p> <p>Коррекцию осуществляют традиционным способом: от “поплевывания” переходят к межзубному [т]. Однако основной акцент делается на использование слухового контроля. Предлагая ребенку “выплюнуть” ветерок на середину язычка, пузырек подносится попеременно к кончику языка и углам рта. При этом ребенку объясняют, что свист должен быть слышен, когда пузырек находится возле кончика языка. Объяснение сопровождается показом.</p> <p>Закрепив сформированные навыки правильного произношения глухих губно-зубных, губно-губных и переднеязычных звуков, следует переходить к постановке звонких: [б], [в], [д]. Параллельно проводится работа по подготовке к формированию артикулем свистящих звуков.</p> <p>Постановка звонких звуков начинается с пропевания гласного [а]. Во время фонации ребенок, подражая</p>
--	--	---

	<p>беззвучной артикуляции логопеда, воспроизводит нужные действия и таким образом можно получить звук в интервокальной позиции.</p> <p>Можно предложить ребенку петь [а]-[а]-[а], укладывая спать любимую куклу. Во время пения нижняя губа слегка закусывается верхними зубами, при этом получается звук [в]. Хлопок губами во время пения дает возможность произнесения звука [б]. При постановке звука [д], ребенку можно предложить толкать язычок в верхние зубы, как будто он хочет погулять и стучится в дверки, которые крепко закрыты и не хотят его выпускать.</p> <p>В некоторых случаях добиться правильного произношения звуков можно по подражанию или с использованием тактильного анализатора. Рука ребенка кладется на шею в области гортани, чтобы таким образом он мог почувствовать работу голосовых складок. Сначала логопед показывает, как это делается, затем ребенок отраженно выполняет эти действия.</p> <p>Отдельные занятия посвящаются коррекции мягких переднеязычных [т`], [д`]. Их артикуляция наиболее отличается от парных твердых звуков. Если образование твердых звуков осуществляется за счет смыкания кончика языка с верхними зубами, то при артикуляции мягких кончик опущен к нижним зубам, а смыкание достигается участием передней спинки языка.</p> <p>Для отработки необходимой артикуляционной позы привлекается зрительный анализатор. Перед зеркалом дети могут увидеть разницу в положении языка.</p> <p>Постановка свистящих звуков. Коррекция свистящих ведется традиционным способом с некоторыми специфическими особенностями. Акцент делается на устранении патологической стабилизации языка в полости рта и выработке целенаправленной воздушной струи.</p> <p>Работу по выработке артикулемы звука [с] могут осложнять девиация языка, тремор. Дети затрудняются в удержании</p>
--	---

		<p>артикуляционной позы, необходимой для подготовки межзубного произношения звука [с], когда нужно спокойно положить широкий язык на нижнюю губу. Однако даже добившись статического выполнения нужной позы, можно встретить трудности при переходе к осуществлению упражнений с дутьем: на просьбу подуть на середину язычка дети напрягают язычные мышцы, изменяя положение языка с широкого на узкий, оставляя боковые щели, в которые проходит воздух. В некоторых случаях вялость мышц языка препятствует образованию желобка, необходимого для направленной воздушной струи.</p> <p>Для преодоления этих нарушений проводится длительная дифференцированная подготовительная работа над артикуляционной моторикой, вырабатывается целенаправленная воздушная струя, с использованием дутья на ватку, бумажные игрушки и т. д.</p> <p>Отработав правильное положение языка и удлинив ротовой выдох, можно переходить к выработке артикулемы межзубного [с]. Ребенку предлагается целенаправленно подуть на просунутый между зубами широкий язык. Работа ведется с привлечением тактильного и слухового анализаторов. Чтобы сосредоточить внимание на ощущении прохладной воздушной струи, идущей по середине языка, можно предложить ребенку при выполнении упражнения дуть холодным ветерком себе на ладошку. Если воздух теплый, задание считается выполненным неправильно. Для слухового контроля используется пузырек. Ребенок сам может слышать, когда он производит неправильный глоточный выдох, а в каких случаях по языку идет направленная воздушная струя.</p> <p>При переходе к зазубной артикуляции могут возникнуть некоторые трудности. Несмотря на то, что ребенок правильно воспроизводит межзубную артикуляцию, при переведении языка в зазубное положение язычные мышцы переходят в напряженное состояние, что приводит к изменению артикуляционной позы. Происходит резкое сужение языка и</p>
--	--	---

		<p>выдыхаемая струя воздуха идет не по средней линии, а через боковые щели. При этом межзубная артикуляция тут же выполняется правильно. Это свидетельствует о том, что помимо риноплазии, у ребенка присутствует стертая форма дизартрии, в частности гипертонус языка. Для решения этой проблемы, помимо расслабляющего массажа и артикуляционной гимнастики, прибегают к механической помощи и активному привлечению слухового анализатора.</p> <p>Когда ребенок слегка растягивает губы в улыбку, так, чтобы были видны передние зубы, и укладывает язык за нижние резцы, необходимо прижать ему углы рта рукой и при этом поднести пузырек к передним зубам. Логопед объясняет ребенку, что этот пузырек – волшебный и он будет отвечать свистом только в том случае если правильно в него подуть.</p> <p>После этого ребенок старается дуть таким образом, чтобы был слышен характерный свист, образующийся при трении воздуха о край верхних резцов.</p> <p>В некоторых случаях открытая риноплазия сопровождается сниженным тонусом мышц языка. Вялость и слабость всех язычных мышц, а особенно паретичность кончика языка приводит к тому, что ребенок не может с достаточной силой прижать кончик языка к нижним резцам, прогнув при этом переднюю часть спинки языка. В результате вместо правильного воспроизведения зазубной артикуляции, язык пассивно лежит на дне полости рта, не образуя нужного желобка между его кончиком и передними верхними зубами.</p> <p>Для формирования необходимой артикуляционной позы можно использовать пластмассовые палочки от конфет-леденцов. Палочка укладывается на середину языка и задвигается за зубы. Благодаря этому между кончиком языка и верхними резцами происходит образование узкого желобка. Направляя воздушную струю по этому желобку, ребенок способствует появлению необходимого свистящего шума.</p> <p>Работая над постановкой глухого</p>
--	--	---

	<p>свистящего [с], как правило, одновременно занимаются автоматизацией губно-губных, губно-зубных и переднеязычных звуков, а также проводят их дифференциацию по глухости-звонкости. Поэтому к коррекции звонкого свистящего [з] можно переходить сразу после работы над глухим звуком. Звук воспроизводится путем подражания. Показывая уже отработанную артикуляционную позу детям предлагают позвенеть, как комарик.</p> <p>Звук [ц] ставится от звуков [т] и [с] традиционным способом, применяемым при работе с детьми с дислалией. Не рекомендуется акцентировать внимание на положении языка, чтобы не делать артикуляцию более напряженной и дети сами успешно справляются с заданием.</p> <p>Нарушения произношения свистящих звуков могут сохраняться за счет несформированности зубного ряда. Временное отсутствие боковых зубов, связанное с расщелиной альвеолярного отростка, приводит к образованию дополнительного шума при их произнесении. Как показывает опыт, нормализация прикуса способствует устранению этого дефекта. Артикуляция шипящих звуков в большинстве случаев имеет патологические особенности, характерные для ринолалии. Приподнятая задняя часть спинки языка и глоточный выдох придают им специфическую окраску. В задачи коррекционной работы входит вызвать правильное положение органов артикуляции и выработать направленный ротовой выдох при произнесении шипящих звуков.</p> <p>Работа начинается с постановки глухого звука [ш]. Используются навыки, отработанные на этапе формирования артикуляционных укладов и артикуляционных движений. Ребенку предлагается вспомнить упражнение “чашечка”, при котором нужно удерживать на весу широкий язык, приподнимая кверху его кончик. Затем “чашечка” продвигается вглубь полости рта. Ребенку напоминают о том, что сейчас язычок не спит, и поэтому он не должен опускаться вниз. Закрепив верхнее</p>
--	---

	<p>положение языка, переходят к целенаправленному дутью. Чтобы избежать неправильного направления воздушной струи (в щеки, на губы) ребенку можно показать картинку с изображением плывущего корабля с надутыми парусами и предлагают представить, что ротик – это корабль, а язычок – парус. Чтобы парус надулся, надо подуть точно на язычок. При этом правильное положение губ контролируется логопедом.</p> <p>Звук [ж], как правило, воспроизводится детьми по подражанию. Язычок так испугался, что от страха приклеился к потолку. Я покажу тебе, как летает пчелка, летает и жужжит в домике, а потом ты сделаешь то же самое. Как правило дети легко справляются с предложенным заданием, т. к. параллельно с коррекцией звукопроизношения проводится работа по дифференциации ранее сформированных звуков, в том числе и по глухости-звонкости.</p> <p>К постановке звука [щ] следует приступать после того, как ребенок овладевает правильным произношением свистящих и шипящих звуков. Ребенку предлагается произнести прямой слог [си], оттянув назад кончик языка. Чтобы губы приняли необходимое положение, можно вспомнить упражнение “заборчик”. Если органы артикуляции принимают нужную позу, то слышится требуемый звук. Иногда для получения “заборчика” требуется механическая помощь и губы придерживаются рукой. Таким же образом предлагается произносить слоги [ся], [се], [сю].</p> <p>При постановке аффрикаты [ч] у каждого ребенка следует вырабатывать умение правильно определять положение языка при произнесении звука и акцентировать внимание на направляемой воздушной струе. Коррекция ведется традиционным способом от звука [т’].</p> <p>Сроки постановки заднеязычных звуков определяются в зависимости от характера их нарушения и степени автоматизации взрывных переднеязычных звуков. Если ребенок поступает на</p>
--	--

		<p>логопедическое обучение с уже сформированными и автоматизированными взрывными переднеязычными звуками [т] и [д], то решение вопроса о сроках постановки заднеязычных будет зависеть от того, каким образом нарушено их произношение.</p> <p>При наличии фарингализованных заднеязычных звуков, когда артикуляция осуществляется на уровне глотки, работу над этими звуками можно начинать после коррекции свистящих и шипящих, ближе к завершающей части курса логопедического обучения. Это объясняется тем, что по сравнению с другими согласными фарингализованные заднеязычные более близки к норме и менее влияют на качество речи. Если заднеязычные звуки полностью отсутствуют, то коррекционную работу можно начинать параллельно с постановкой свистящих звуков, т. е. в более ранние сроки. Если у ребенка не сформированы или не до конца автоматизированы взрывные переднеязычные, постановка заднеязычных проводится только после того, как полностью завершена автоматизация звуков [т] и [д].</p> <p>Работа по исправлению глухого заднеязычного [к] ведется традиционно с механической помощью. Нажимая зондом на переднюю часть спинки языка в момент произнесения слога [та], таким образом способствуют перемещению языка вглубь ротовой полости и созданию артикуляционной позы, необходимой для образования звука [к]. Продолжая пользоваться механической помощью, звук вводится в другие слоги. Постепенно нажим зонда ослабевает, а затем и полностью отменяется, и ребенок начинает произносить звук самостоятельно.</p> <p>Вызывание звонкого заднеязычного [г] проводится аналогично от слога [да] с использованием механического способа постановки.</p> <p>Звук [х] обычно ставится путем уточнения положения языка и отработки ротового выдоха.</p>
--	--	---

		<p>Постановке звука [л] предшествуют длительные целенаправленные тренировки, т. к. его артикуляция требует тонких дифференцированных движений кончика языка. У детей с открытой ринолалией патологическая стабилизация языка приводит к тому, что его кончик постоянно находится в пассивном положении и в итоге оказывается недоразвитым. Плохая работа язычных мышц препятствует активному прогибанию спинки языка вниз, дети затрудняются выполнить любые действия, требующие мышечных усилий, характерным является отсутствие определенного фокуса образования. Для целенаправленного развития необходимых ощущений необходимы логопедический массаж и артикуляционная гимнастика.</p> <p>Постановка звука начинается с получения межзубного [л]. Целесообразно стремиться вызвать его произнесение непосредственно в слог. С этой целью можно предложить ребенку прикусывать напряженный высунутый язык во время пения гласного [а]. В этот момент слышится сочетание [ла]. Внимание обращается на то, чтобы ребенок после прикусывания языка широко открывал рот, как бы пропевая звук [а]. Этот прием способствует уменьшению носового резонанса и получению полетного звучания голоса.</p> <p>При переходе на зазубную артикуляцию также необходимо следить за тем, чтобы нижняя челюсть была опущена, и произнесение осуществлялось за счет подъема языка и активной работы его кончика.</p> <p>Постановка звука [р] ведется в последнюю очередь по ряду причин. Во-первых, для вибрации кончика языка нужна слишком сильная направленная воздушная струя. Это вызывает трудности у всех детей с открытой ринолалией, а для ребенка с небно-глоточной недостаточностью является практически недоступным.</p> <p>Следующим фактором, затрудняющим постановку звука, является патологическая поза языка. Для</p>
--	--	---

		<p>произнесения звука [р] требуются такие качественные характеристики артикуляционных движений, как точность, дифференцированность, ритмичность. Необходим активный, хорошо развитый кончик языка.</p> <p>Наиболее распространенный прием коррекции звука [р] от [д] не всегда дает желаемые результаты. Некоторые дети не могут утрированно, с силой повторять [д]-[д]-[д], направляя при этом большой поток воздуха на кончик языка. У ребенка начинают работать боковые края языка, воздушная струя направляется в щеки, заметно повышается саливация. Кончик языка принимает участие в артикуляции в недостаточной степени. Препятствием к правильному произношению звука служит несоблюдение конкретного артикуляционного уклада. Нецелесообразно заострять внимание ребенка на данных тренировках. Лучше попытаться поставить звук от слогового сочетания [за], удлиняя произнесение первого звука: [з]-[з]-[з] (кончик языка при этом находится у альвеол). Этот прием, как правило, дает необходимый результат и помогает вызвать нужную фонему. Каждый поставленный звук необходимо отрабатывать в послоговой динамической дыхательной гимнастике, присоединяя его к уже поставленным звукам.</p>
Развитие фонематических процессов.	<p><i>Цель</i> - развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.</p> <p><i>Задача:</i> сформировать умение выделять заданный звук на фоне другого звука, слога, слова.</p>	<p>“Поймай звук”</p> <p><i>1 вариант.</i> Логопед называет разные звуки, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит заданный звук.</p> <p><i>2 вариант.</i> Логопед называет разные слоги, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слог с заданным звуком.</p> <p><i>3 вариант.</i> Логопед называет разные слова, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слово, в котором есть заданный звук.</p>
7 неделя		
Коррекция звукопроизношения (автоматизация).	Автоматизация поставленных звуков речи.	Автоматизация проходит на специально подобранном речевом материале. Главные правила, которые необходимо соблюдать при отборе речевого материала для автоматизации: текст должен быть простым, понятным ребенку, правдоподобным, в нем не должно быть (или минимальное количество) звуков,

		которыми ребенок еще не овладел и не должно быть звука, с которым смешивается корригируемый звук.
Развитие фонематических процессов.	<p><i>Цель</i> - развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.</p> <p><i>Задача:</i> сформировать умение подбирать слова на заданный звук.</p>	<p>“Поймай звук”</p> <p><i>1 вариант.</i> Логопед называет разные звуки, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит заданный звук.</p> <p><i>2 вариант.</i> Логопед называет разные слоги, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слог с заданным звуком.</p> <p><i>3 вариант.</i> Логопед называет разные слова, задача ребенка хлопнуть в ладоши, когда он услышит слово, в котором есть заданный звук.</p> <p>“Придумай слово”</p> <p><i>1 вариант.</i> Логопед просит ребенка придумать слова, начинающиеся с заданного звука.</p> <p><i>2 вариант.</i> Логопед просит ребенка придумать слова, в названии которых есть заданный звук.</p> <p><i>3 вариант.</i> Логопед просит ребенка придумать слова, принадлежащих определенной категории (животные, транспорт, еда), в названии которых есть заданный звук.</p>
8 неделя		
Коррекция звукопроизношения (автоматизация).	Воспитания правильного произношения звуков речи.	Автоматизация проходит на специально подобранном речевом материале. Главные правила, которые необходимо соблюдать при отборе речевого материала для автоматизации: текст должен быть простым, понятным ребенку, правдоподобным, в нем не должно быть (или минимальное количество) звуков, которыми ребенок еще не овладел и не должно быть звука, с которым смешивается корригируемый звук.
Развитие фонематических процессов.	<p><i>Цель</i> - развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.</p> <p><i>Задачи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – сформировать умение определять наличие звука в слове; – сформировать умение определять наличие звука в 	<p>“Раздели картинки”</p> <p>Перед ребенком разложены картинки с изображением различных предметов, задача ребенка отобрать в одну стопку картинки с изображением предметов, в названии которых есть заданный звук, а в другую - картинки с изображением предметов, в названии которых нет этого звука.</p> <p>“Корзинка с покупками”</p> <p>У ребенка в руках игрушечная корзинка, а на столе разложены предметы (или карточки с изображением этих предметов), которые ребенок будет</p>

	слове.	“покупать”. Задача ребенка отобрать в корзинку только те предметы, в названии которых есть заданный звук.
9 неделя		
Коррекция звукопроизношения (дифференциация).	Дифференциация корригируемых звуков.	<p>Работа по дифференциации звуков начинается с сравнительного анализа артикуляции и характеристик данных звуков, в процессе которого для наглядности используются карточки-схемы.</p> <p>Далее работа продолжается на материале слов-паронимов (необходимо брать 3-4 пары), сначала берется одно слово из пары и разделяется на буквы, затем логопед меняет в этом слове букву, вследствие чего меняется значение слова, затем объясняет ребенку, что данные слова отличаются буквами, обозначающими соответствующие звуки.</p> <p>После этого можно переходить к слогам, содержащим оба корригируемых звука, затем к чистоговоркам, стихам, текстам, играм и т.д.</p>
Развитие фонематических процессов.	<p><i>Цель</i> - развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.</p> <p><i>Задача:</i> сформировать умение определения наличия звука в слове.</p>	<p>“Корзинка с покупками”</p> <p>У ребенка в руках игрушечная корзинка, а на столе разложены предметы (или карточки с изображением этих предметов), которые ребенок будет “покупать”. Задача ребенка отобрать в корзинку только те предметы, в названии которых есть заданный звук.</p> <p>“Животные”</p> <p>На столе перед ребенком расположены фигурки животных. Задача ребенка оставить только тех животных, в названии которых есть заданный звук.</p>
ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП		
10 неделя		
Нормализация просодической стороны речи (устранение назального оттенка голоса).	<p><i>Цель</i> - получение звонкого “полетного” звучания голоса.</p>	<p><i>Уточнение артикуляции гласных звуков:</i> начинается с показа и объяснения артикуляции, затем ребенок пытается повторить необходимые действия отраженно за логопедом. Сначала упражнения выполняются шепотом, затем включается громкое произношение. Внимание ребенка обращается на широкое открывание рта, положение языка: кончик придвинут к нижним резцам, корень языка</p>

		<p>опущен вниз. Звукосочетания должны произноситься длительно и плавно на одном выдохе. Утечка воздуха через нос контролируется при помощи зеркала или пузырька, поднесенного к носу ребенка.</p> <p><i>Фонопедические упражнения:</i> пропевание гласных звуков (сначала пропеваются гласные [а] и [о], через 2-3 занятия прибавляется звук [э], последними в работу включаются звуки [и] и [у]).</p> <p>Упражнения начинаются с изолированного произнесения гласных, затем переходят к пропеванию их сочетаний. Количество гласных в сочетаниях постепенно увеличивается до трех.</p> <p>Пример подобных упражнений: А АО АЭ АИ АУ АОЭ АЭО АОИ АЭУ О ОА ОЭ ОИ ОУ ОАЭ ОЭА ОАИ ОЭУ Э ЭА ЭО ЭИ ЭУ ЭАО ЭОА ЭАИ ЭОУ И ИА ИО ИЭ ИУ ИАО ИОА ИЭА ИАЭ У УА УО УЭ УИ УАО УОА УЭО УОЭ</p> <p><i>Статическая и динамическая дыхательная гимнастика:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • стоя, поднять руки через стороны вверх, потянуться, сделать вдох, опуская руки петь [а] на выдохе; • стоя, руки опущены вдоль туловища, поднять руки вверх, сделать глубокий вдох, наклонить туловище вперед, опускать руки с пением гласного [о]; • стоя, руки на поясе, сделать вдох, на выдохе петь [э], вытягивая вперед сомкнутые в ладонях руки, имитируя движения пловца. <p>Затем можно переходить к выполнению этих упражнений с произнесением звукосочетаний с согласными в интервокальной позиции: гласный – согласный – гласный. В упражнениях используются только правильно артикулируемые согласные: носовые звуки [м], [н]. Звукосочетания произносятся слитно, плавно, сначала монотонно, негромко, затем с изменением высоты голоса.</p> <ul style="list-style-type: none"> • стоя, сделать вдох, на выдохе кулаками бить в грудь, изображая индейца, и пропевать поочередно гласные: [а], [о], [э], [и] [у]. • стоя, сделать вдох, руки на поясе на
--	--	--

		<p>выдохе произносить отрывисто, но с максимальной силой поочередно гласные: [а], [о], [э], [и] [у]. Затем упражнение повторяется с произнесением серии гласных:</p> <p>ААА ООО ЭЭЭ ИИИ УУУ</p> <ul style="list-style-type: none"> • лежа на спине, спина округлена, ноги согнуты, руками взяться за голень чуть ниже колена и привести ноги к груди. Катаясь на спине вперед-назад произносить ХАММА (сначала тихо, затем чуть громче, затем еще громче).
11 неделя		
Нормализация просодической стороны речи.	Цель - формирование интонационно-выразительного оформления речи.	<p>Работу по нормализации просодической стороны речи следует проводить на материале стихотворений, басен, песенок, сказок.</p> <p><i>Упражнения для развития интонации:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • произнесение пппп (как будто хотим остановить лошадь) сначала от низкого голоса к высокому (сопровождается движением руки снизу на верх), затем от высокого голоса к низкому (сопровождается движением руки сверху вниз); • пропевание нот (или отдельных гласных) под сопровождение пианино, сначала от до к си, затем от си к до (упражнение может сопровождаться движением руки с фиксацией на каждой ноте). <p><i>Упражнения для развития логического ударения:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • проговаривать фразу, выделяя по очереди каждое слово; • “вопрос-ответ” (подбираются специальные тексты, лучше в стихотворной форме). Сначала логопед задает вопрос, а ребенок отвечает, затем наоборот. Необходимо следить за тем, чтобы вопрос произносился коротко, интонация шла наверх, а ответ произносился протяжно, интонация шла вниз. <p><i>Упражнения для развития темпо-ритмической стороны речи:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • повторение ритмического рисунка

		<p>(с помощью хлопков, постукиваний по столу, музыкальных ударных инструментов и т.д.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • чтение стихов с различными ритмическими рисунками и в различных стихотворных размерах (упражнение хорошо сочетать с движениями рук и ног). <p><i>Пример стихотворения:</i> Тра – та – та, тра – та – та, Вышла кошка за кота, За кота – котовича, За Петра Петровича. Он усат, полосат, Ну не кот, а просто клад!</p>
12 неделя		
Автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.	<i>Цель</i> - перенос сформированных навыков в повседневную жизнь ребенка.	<p>В работе над автоматизацией сформированных навыков следует придерживаться строгой последовательности, переходя от простых видов речевой деятельности к более сложным. Постепенно идет усложнение лексического материала.</p> <p>Начинается работа с повторения скороговорок, коротких рассказов, стихов. Более сложными являются задания по пересказу усвоенного материала, составлению рассказа по картинке или серии картинок.</p> <p>Завершается работа тогда, когда ребенок свободно может вступить в диалог с взрослым.</p>

**Конспект индивидуального урока на тему “Прогулка с куклой”
(дифференциация [с] - [ш]).**

Задачи.

Образовательные: обогащение словаря обучающихся с помощью слов, содержащих звуки [с], [ш].

Коррекционно – развивающие: развитие фонационного дыхания; развитие небно-глоточного смыкания; закрепление навыков дифференцированного произношения звуков [с], [ш] на основе кинестетических ощущений и фонематических процессов; закрепление навыков выделения звуков [с], [ш] в звуковом ряду, слогах, словах; формирование связной устной речи на основе составления предложений по предметным картинкам; закрепление навыка контроля за собственной речью и речью учителя-логопеда.

Воспитательные: воспитание интереса к предмету с помощью разнообразного учебно-методического материала и наглядного пособия.

Ход урока.

Подготовительный этап.

У логопеда в руках кукла.

Логопед: Любимая кукла Маша собирается идти гулять. На улице очень холодно, морозно, кругом лежит снег.

Далее логопед спрашивает, какое это может быть время года. Если ребенок затрудняется с ответом, следует помочь ему при помощи наводящих вопросов и наглядного материала.

Логопед: А во что мы должны одеть куклу для зимней прогулки?

Перечисляются предметы зимней одежды. Здесь следует отметить, что даже если дети, не имеют грубых лексико-грамматических нарушений, тем не менее, целесообразно включать в игру элементы заданий по развитию представлений об окружающем мире, по развитию словаря и грамматического строя. Затем логопед вместе с ребенком берет куклу за руки.

Развитие фонационного дыхания.

Логопед: Как холодно на улице! Маша не привыкла к таким морозам. У нее замерзли ручки, давай мы ей их погреем.

Логопед показывает ребенку, как можно погреть руки, подышав на них.

Логопед: А твои ручки, наверное, тоже замерзли? Давай и тебе погреем.

Подышав на руки ребенку, логопед дает ребенку возможность ощутить целенаправленную воздушную струю и при этом увидеть, что рука подносится ко рту. Таким образом, обучение осуществляется с подключением тактильного и зрительного контроля.

Затем логопед предлагает ребенку погреть ручки вместе. Также совместно согреваются руки у Маши. При выполнении данных действий логопед обращает внимание ребенка на то, что вдыхать надо носом, а выдыхать ртом. В большинстве случаев приходится многократно повторять это дыхательное упражнение, т. к. дифференциация ротового и носового выдоха у детей очень часто отсутствует. Лишь ежедневные тренировки в течение нескольких недель позволяют уменьшить утечку воздуха через нос и выработать направленную воздушную струю.

Далее логопед переходит к упражнениям для активизации мышц небно-глоточного кольца. Логопед вместе с ребенком выбирает, какую игрушку они будут укладывать спать.

Развитие небно-глоточного смыкания.

Логопед: Когда наступает вечер, на улице становится темно и все игрушки должны ложиться спать. Вот и мишка хочет спать (*показывает, как он зевает*), вот и собачка тоже хочет спать (*показывает, как она зевает*). А теперь ты покажи, как они зевают.

Логопед: А что же кукла Машенька? Она немножко раскапризничалась и хочет, чтобы ей перед сном спели песенку. Давай споем ей колыбельную: "Баю-бай, баю-бай, поскорее засыпай! А-А-А-А... О-О-О-О... У-У-У-У...".

Ребенок внимательно слушает песенку, а затем повторяет нараспев гласные звуки.

Логопед: Посмотри-ка, Машенька уже закрывает глазки, зевает. Покажи, как она это делает. Ну вот, теперь она точно заснула.

Основной этап.

Логопед: А пока Машенька спит, мы с тобой вспомним зарядку. Что мы делаем в начале урока? Правильно! Гимнастику (словесная инструкция сопровождается показом картинок-символов).

- Брови вверх – вниз (5 р.)
- Подмигнули правым – левым глазом (5 р.)
- Надули правую щечку – левую щечку (5 р.)
- Надули обе щечки – втянули щечки (5 р.)
- Бегемот – лягушка – слоник (5 р.)
- Заборчик (под счет до 5)
- Язычок вверх - вниз (8 р.)
- Жуем язычок (под счет до 5)
- Чистим за нижними зубками (под счет до 5)
- Чистим за верхними зубками (под счет до 5)
- Чашечка (под счет до 5, 3р.)
- Горочка (под счет до 5, 3р.)
- Покатались с горки (под счет до 5)

Логопед: Хорошо. Посмотри на картинки, которые лежат перед тобой (*перед ребенком лежат картинки "сок" и "шоколад"*). Что нарисовано на первой картинке? *Ребенок отвечает.* Хорошо. А на второй? *Ребенок отвечает.* Выделите первый звук в слове *сок*? *Ребенок отвечает, что в слове сок первый звук [с].* А в слове *шоколад*, какой первый звук? *Ребенок отвечает, что в слове шоколад первый звук [ш].*

Объявление темы урока.

Логопед: Правильно! Как ты думаешь, какие звуки мы будем учиться различать сегодня? Правильно, сегодня мы будем учиться различать звуки [с] - [ш].

Дифференциация звуков в изолированном виде.

Логопед: Посмотри на картинки, которые лежат перед тобой (ребенку предъявляются картинки насоса и змеи). Постарайся изобразить, какие звуки издают насос и змея. Какой мы слышим звук, когда насосом накачиваем мяч или шину? Ребенок произносит: [с]-[с]-[с]-[с]-[с]. Хорошо. А когда шипит змея, какой слышится звук? Ребенок произносит: [ш]-[ш]-[ш]-[ш]-[ш].

Анализ артикуляции звука [с] и выделение его классификационных признаков.

Логопед: Посмотри в зеркало, и скажи, как мы произносим звук [с]? Ребенок отвечает с помощью учителя, когда произносим звук [с], губы находятся в улыбке; зубы разомкнуты; язык за нижними зубами, горочкой; воздух встречает преграду; голосовые связки не работают; спинка языка прямая.

Логопед: Хорошо! Значит звук [с] какой? Ребенок отвечает: звук [с] согласный, так как воздух встречает преграду; твердый, спинка языка прямая; глухой, так как голосовые связки не работают.

Анализ артикуляции звука [ш] и выделение его классификационных признаков.

Логопед: А как мы произносим звук [ш]? Ребенок отвечает, когда мы произносим звук [ш], губы окошечком, зубы разомкнуты, язык за верхними зубами чашечкой, воздух встречает преграду, голосовые связки не работают, спинка языка прогибается. Значит звук [ш] какой? Ребенок отвечает: звук [ш] согласный, так как воздух встречает преграду; всегда твердый, язык всегда чашечкой; глухой, так как голосовые связки не работают.

Сравнительный анализ артикуляции звуков [с] и [ш] и их классификационных признаков.

Логопед: Как мы будем различать эти звуки? Ребенок отвечает, когда мы произносим звук [с], губы находятся в улыбке, а при звуке [ш] – окошечком; когда произносим звук [с] язык за нижними зубами, горочкой, а при звуке [ш] – чашечкой; оба звука твердые.

Развитие фонематического слуха.

Логопед: А теперь мы будем слушать звуки [с]- [ш]. Слушай меня внимательно, и когда услышишь звук [с] – хлопни, а если услышишь звук [ш] – топни. А О С И У Ш Л Н С Т Ш Ф С П Ш Р С Ш. *Ребенок выполняет задание в соответствии с инструкцией учителя. Что ты сейчас слушал? Ребенок отвечает, что слушал звуки.*

Логопед: Хорошо, слушаем дальше. НА ША ТА СА ПО ШО ЛО СО РУ СУ ТУ ШУ *Ребенок выполняет задание в соответствии с инструкцией учителя. Хорошо! Что ты сейчас слушал? Ребенок отвечает, что слушал слоги.*

Логопед: Молодец! Перед тобой лежат картинки, давай разложим их в две кучки. В первой будут лежать картинки, в которых есть звук [с], а во второй будут лежать картинки, в которых есть звук [ш]. Я буду называть картинку, а ты клади ее в нужный столбик (*обучающемуся предъявляются предметные картинки: посуда, штаны, шоколад, суп, мишка, сосна, шуба, носок, сом, шапка, машина, лиса, слон*). *Ребенок выполняет задание в соответствии с инструкцией учителя.*

Дифференциация звуков в слогах.

Логопед: Хорошо. А теперь будем произносить с тобой слоги, повторяй за мной: СА – ША – СА, АС – АШ – АШ, СО – ШО – ШО, ОС – ОШ – ОС, ШУ – СУ – ШУ, ШУ – СУ – СУ, ИС – ИШ – ИС, ИС – ИШ – ИШ.

Логопед: Молодец! Сейчас поиграем в игру «Доскажи слог». Я начну слово, а ты закончишь, добавив слог СА или ША. *Логопед называет первый слог, а ребенок договаривает второй:*

О – СА, МА – ША, ЛИ – СА, МИ – ША, КО – СА

Логопед: Хорошо. А теперь добавляй слог ШОК или СОК. *Логопед называет первый слог, а ребенок договаривает второй:*

ГОЛО – СОК, МАЛЫ – ШОК, ЛЕ – СОК, МЕ – ШОК, НО – СОК

Дифференциация звуков в чистоговорках.

Логопед: Хорошо! Повторяй за мной дальше.

Ша – са – ша наша Саша хороша

Ши – сы – ши у кошки уши и усы

Иш – ис – ыш беги сюда мылыш

Ас – аш – ас наш ананас

Аш – ос – аш у нас большой шалаш

Аш – ос – иш у нас такая тишь

Ос – ош – ос в наших кустах много ос

Ош – ос – ош и над вишней много ос

Дифференциация звуков в предложениях и тексте.

У: Хорошо. Сейчас слушай внимательно и повторяй за мной предложения.

На санках по снегу в широких штанах.

Посолил салат и пошалил в школе.

Мама сказала: “Не смей шуметь в камышах.”

Посол с посохом пошел тихим шагом.

Из синей миски мишка шишки доставал

Солдат в каске ест вкусную кашку.

Заключительный этап.

Логопед: Хорошо! Какие звуки мы учились различать? *Ребенок отвечает:* мы учились различать звуки [с]- [ш]. У: Скажи, чем отличаются звуки [с]- [ш]? *Ребенок отвечает:* когда мы произносим звук [с], губы находятся в улыбке, а при звуке [ш] – окошечком; когда произносим звук [с] язык за нижними зубами, горочкой, а при звуке [ш] – язык за верхними зубами чашечкой.

Логопед: Правильно! Молодец, ты хорошо поработал (а) сегодня. Занятие окончено.



АНТИПЛАГИАТ
ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ



**УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

СПРАВКА
О результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ

Автор работы
Факультет, кафедра,
номер группы

Архипова Наталья Николаевна
Институт специального образования,
кафедра логопедии и клиники
дизонтогенеза,

Название работы

группа ЛОГ-1701z
«Коррекция произносительной
стороны речи у дошкольников с
ринолалией в послеоперационный
период»

Процент
оригинальности

80

Дата 03.02.2020

Ответственный в
подразделении

Е.Покрас
(подпись)

Покрас Е.А.
(ФИО)

Проверка выполнена с использованием: Модуль поиска ЭБС "БиблиоРоссика"; Модуль поиска ЭБС "BOOK.ru"; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска ЭБС "Университетская библиотека онлайн"; Модуль поиска ЭБС "Айбукс"; Модуль поиска Интернет; Модуль поиска ЭБС "Лань"; Модуль поиска "УГПУ"; Кольцо вузов

ОТЗЫВ

руководителя выпускной квалификационной работы

Тема ВКР Коррекция прогностической стороны речи у дошкольников с ринолалией в послесоперационный период.

Обучающийся Аристова Наталья Николаевна при работе над ВКР проявил себя следующим образом:

1. Уровень самостоятельности и ответственности достаточный.

Во время выполнения ВКР, студентка показала умение работать с научно-методической литературой, применить

2. Уровень предметной подготовки обучающегося полученные знания в практической деятельности.

В работе имеются отдельные недостатки:

3. Замечания и рекомендации — нарушение логики изложения материала с. 47-48.
— недостаточная аргументация выводов (с. 77).

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВКР соответствует требованиям и может быть представлена к защите

Ф.И.О. руководителя ВКР Обунова Н.В.

Должность доцент Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

Уч. звание _____ Уч. степень к.п.н

Подпись Обунов Дата 04.02.2020.

РЕЦЕНЗИЯ

На выпускную квалификационную работу

обучающегося Архиповой Н. Н.
(фамилия имя отчество)

Тема ВКР:

Коррекция произносительной стороны речи у
детишек с ринолалией в постоперацион-
ный период

1 Актуальность тема актуальна, исследование пока
среди обучающихся очень мало.

2 Научная и практическая значимость ВКР перспективная,
актуальна литература и результаты исследования
поверхностные

3 Общая грамотность и качество оформления имеются замечания
к оформлению, текст содержит
орфографические и стилистические
ошибки

4 Вопросы и замечания Как примененная дифференци-
рованный подход в работе с детьми
с ринолалией и ринолалией-дисартрией?
В содержании главы не проведена
работа по развитию фонематических
процессов у детей, как она проводилась?

5 Общая оценка работы работа соответствует
требованиям компетенции
сформировано на пороговом уровне,
заслуживает положительной оценки.

Сведения о рецензенте:

Ф.И.О. Каракучова Е. В.

Должность доцент

Место работы кафедра логопедии и клинической дефектологии

Уч. звание доцент Уч. степень к. п. н.

Подпись ЕВ

Дата 08.02.20

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР "БОНУМ"

Рецензия

Рецензия на выпускную квалификационную работу Архиповой Натальи Николаевны, магистранта Уральского Государственного педагогического университета по направлению «логопедия».

Тема: «Коррекция произносительной стороны речи у дошкольников с ринолалией в послеоперационный период».

Диссертационное исследование Архиповой Натальи Николаевны выполнено на актуальную тему, поскольку проблема коррекции речевых нарушений у дошкольников с ринолалией в послеоперационный в настоящее время остается изученной не в полной мере. Несмотря на то, что среди прочих речевых нарушений ринолалия встречается значительно реже, тем не менее, данное нарушение требует свежего взгляда на коррекционную работу.

В диссертационном исследовании Архиповой Натальи Николаевны определены объект, предмет, цель исследования, задачи, выдвинута гипотеза, а также определен порядок и методология исследования, составлены выводы по каждой главе, разработана и апробирована коррекционная программа.

В основе коррекционной работы лежат труды таких исследователей, как М. Е. Хватцев, З. А. Репина, А. В. Доросинская. Сама коррекционная работа разделена на восемь направлений, каждое из которых обусловлено механизмами, вызывающими речевое недоразвитие, и, таким образом, охватывает полный спектр нарушений произносительной стороны речи при ринолалии. Содержание каждого из направлений изложено достаточно грамотно, понятно и доступно как специалисту, так и родителю. К

коррекционной работе прилагается тематическое планирование, где содержится еще большее количество упражнений. Упражнения также сгруппированы в соответствии с направлением работы и располагаются по принципу: от простого к сложному. Данная коррекционная программа может быть рекомендована как логопедам, работающими с детьми с ринолалией в послеоперационный период, так и родителям таких детей.

Выводы исследования в целом можно считать обоснованными. Магистрант демонстрирует сформированные профессиональные знания, умения и навыки.

В работе выявлены следующие недостатки: литературный обзор не включает практику сторонних вузов. Данный недостаток не считается существенным и не является причиной не допуска к защите.

Вывод: работа Архиповой Натальи Николаевны соответствует требованиям и может быть допущена к защите.

Рекомендуемая оценка рецензента: «хорошо».

Рецензент: Специалист по социальной работе, руководитель
социальной психолого-педагогической службы, Бонур
Талеева

